

Afrontamiento del abuso sexual infantil y ajuste psicológico a largo plazo

David Cantón Cortés y Fernando Justicia Justicia
Universidad de Granada

El objetivo del estudio fue examinar las consecuencias a largo plazo del Abuso Sexual Infantil (ASI) sobre el ajuste psicológico de estudiantes universitarios, así como comprobar los efectos en dicho ajuste del empleo de diversas estrategias de afrontamiento de evitación y aproximativas. Participaron 1.162 estudiantes de la Universidad de Granada. Los datos sobre el ASI se obtuvieron mediante un Cuestionario elaborado con esta finalidad. Para evaluar las estrategias de afrontamiento se utilizó la escala How I deal with Things, de Burt y Katz, mientras que la depresión y autoestima se determinaron mediante el Beck Depression Inventory y la Rosenberg Self-Esteem Scale, respectivamente. Los participantes víctimas de ASI, frente al grupo de comparación, presentaron puntuaciones significativamente superiores en depresión e inferiores en autoestima. El análisis de las estrategias de afrontamiento reveló que únicamente el empleo de estrategias de evitación se relacionaba con el ajuste psicológico, mostrando los participantes que hacen uso de ellas puntuaciones superiores en depresión e inferiores en autoestima. Los resultados confirman la idea de que el ASI supone una experiencia de riesgo que puede afectar en mayor o menor medida al ajuste de las víctimas en función de la estrategia de afrontamiento utilizada.

Child sexual abuse coping and long term psychological adjustment. The aim of the study was to analyze the consequences of Child Sexual Abuse (CSA) on the psychological adjustment of university students, as well as the way in which several avoidance and approach coping strategies affect that adjustment. The sample comprised 1162 students from the University of Granada. Data about CSA was obtained from a questionnaire developed with this aim. We used the How I Deal with Things Scale of Burt and Katz to evaluate coping strategies, whereas depression and self-esteem were assessed with the Beck Depression Inventory and the Rosenberg Self-Esteem Scale, respectively. Subjects who were victims of CSA showed significantly higher scores on depression and lower scores on self-esteem. An analysis of coping strategies revealed that only the use of avoidance strategies was related to psychological adjustment. Subjects who used these strategies obtained higher scores on depression and lower scores on self-esteem. These results confirm the idea of CSA as a risk experience that can affect victims' psychological adjustment, to a greater or lesser extent, according to the coping strategy employed.

El abuso sexual infantil (ASI) se puede definir como los «contactos e interacciones sexuales entre un menor de edad y un adulto o entre menores de edad si existe una diferencia de cinco años entre ellos, o si el niño/adolescente agresor se encuentra en una posición de poder o control sobre la víctima, aunque no haya diferencia de edad» (Hartman y Burgess, 1989). En las dos últimas décadas los abusos sexuales a menores han suscitado un gran interés, tanto entre la comunidad científica, como en la sociedad en general, debido a su prevalencia y consecuencias a corto y a largo plazo (Cantón y Cortés, 2004; Del Campo y López, 2006). Los

datos de prevalencia, según el único estudio nacional realizado en nuestro país hasta el momento (López, Carpintero, Hernández, Martín y Fuertes, 1995), oscilan en torno al 18%, siendo en varones este porcentaje del 15% y en las mujeres del 22%. Más recientemente, Pereda y Forns (2007) informaron de una prevalencia en muestras universitarias del 14.9% (12% en varones y 16.2% en mujeres).

Aunque la mayoría de los estudios que han examinado las secuelas a largo plazo del ASI enumeran numerosas dificultades psicológicas, conductuales y sociales en la edad adulta, que varían desde la depresión y baja autoestima hasta el abuso de sustancias y los trastornos de personalidad (Godbout, Lussier y Sabourin, 2006; Levitan, Rector, Sheldon y Goering, 2003; Pickering, Farmer y McGuffin, 2004; Roy y Janal, 2006), no tenemos evidencia de la existencia de un grupo consistente de síntomas que se puedan considerar como un «síndrome post abuso», y ciertamente no todas las víctimas de abuso infantil muestran un daño significativo posterior (Rind, Tromovich y Bauserman, 1998).

Los modelos teóricos que intentan explicar esta variabilidad en el ajuste psicológico se han centrado en el rol de variables intrapersonales como las «dinámicas traumatogénicas» (sexualización traumática, traición, estigmatización e indefensión) (Finkelhor y Browne, 1985), el trastorno de estrés postraumático (Wolfe, Gentile y Wolfe, 1989), y las estrategias de afrontamiento (Spaccarelli, 1994); en procesos interpersonales como el apego (Alexander, 1992) y las relaciones familiares (Wind y Silvern, 1994); y en factores ecológicos más amplios (Harvey, 1996). Nuestro interés se centra en el estudio del papel positivo o negativo que desempeñan las diferentes estrategias de afrontamiento utilizadas por las víctimas en su recuperación tras la experiencia de abuso sexual sufrida en la infancia.

Estrategias de afrontamiento

El término afrontamiento hace referencia al aspecto del proceso de estrés que incluye los intentos del individuo para manejar los estresores (Salanova, Grau y Martínez, 2005). En la actualidad se emplean diversas taxonomías de estilos de afrontamiento, lo que hace difícil las comparaciones entre estudios. Sin embargo, el modelo que predomina a la hora de clasificar las estrategias empleadas al hacer frente a la experiencia de abuso es el de «aproximación-evitación» (Roth y Cohen, 1986). Según este modelo, los pensamientos y/o acciones pueden estar dirigidos hacia una amenaza o a alejarse de ella (Merrill, Thomsen, Sinclair, Gold y Milner, 2001). De este modo se enfatiza la dirección del afrontamiento, de forma que las estrategias de aproximación están orientadas hacia la amenaza, mientras que las de evitación a alejarse de dicha amenaza.

La mayor parte de los estudios han encontrado que el empleo de estrategias de afrontamiento de evitación (e. g. negación, distanciamiento, aislamiento social) se encuentra asociado a consecuencias psicológicas negativas, tanto en población general (Velasco, Fernández, Páez y Campos, 2006), como en víctimas de ASI (Bal, Van Oost, Bourdeaudhuij y Crombez, 2003; Daigneault, Hébert y Tourigny, 2006; Filipas y Ullman, 2006; Merrill et al., 2001; Merrill, Guimond y Thomsen, 2003; Rosenthal, Rasmussen, Palm, Batten y Follette, 2005; Runtz y Schallow, 1997; Shapiro y Levendosky, 1999; Steel, Sanna, Hammond, Whipple y Cross, 2004; Tremblay, Hébert y Piché, 1999). Únicamente en el estudio de Hébert, Tremblay, Parent, Daigneault y Piché (2006) se realizó un seguimiento longitudinal de las víctimas, solamente durante un período de seis meses, llegando a la misma conclusión que los estudios retrospectivos.

Sin embargo, algunos investigadores no han encontrado esta relación, o incluso han hallado una relación inversa, asociándose el empleo de las estrategias de afrontamiento de evitación con un mejor ajuste psicológico. Por ejemplo, Chaffin, Wherry y Dykman (1997) informaron que cada una de las estrategias empleadas por 84 niños abusados sexualmente para afrontar el abuso se encontraba asociada a un único grupo de síntomas. Aunque el empleo de estrategias de afrontamiento por evitación en niños de edad escolar predecía una mayor ansiedad sexual, también se relacionaba con menos problemas conductuales según sus padres.

Por otra parte, las estrategias aproximativas (e. g. tratar de ver la situación desde un punto de vista diferente, búsqueda de apoyo social) se han asociado a un mejor ajuste (Bal et al., 2003; Merrill et al., 2001; Runtz y Schallow, 1997; Steel et al., 2004). Sin em-

bargo, muchos otros estudios no han encontrado esta relación entre este estilo de afrontamiento y un funcionamiento positivo en víctimas de ASI (Filipas y Ullman, 2006; Hébert et al., 2006; Shapiro y Levendosky, 1999; Tremblay et al., 1999), o incluso han hallado una relación inversa (Brand y Alexander, 2003; Burt y Katz, 1987; Daigneault et al., 2006).

Filipas y Ullman (2006), por ejemplo, llevaron a cabo un estudio con un grupo de 577 estudiantes universitarias, de las que un 28% había sufrido abuso sexual en la infancia, y encontraron que las estrategias de afrontamiento de evitación, consideradas por los autores como no adaptativas, aumentaban el riesgo de revictimización, así como de desarrollo de trastorno de estrés postraumático. Sin embargo, las estrategias aproximativas, consideradas como adaptativas (conseguir ayuda de otros hablando de la experiencia, ir a un terapeuta), no se relacionaron con ninguna de las dos consecuencias del abuso evaluadas.

Finalmente, Daigneault et al. (2006) incluso informan de una relación entre el empleo de estrategias aproximativas y un peor ajuste psicológico en una muestra clínica de 103 mujeres adolescentes víctimas de ASI. El afrontamiento de evitación solamente se relacionaba con la depresión cuando se controlaron todas las demás variables. El empleo del afrontamiento de aproximación (búsqueda de apoyo social y reevaluación positiva), por el contrario, se encontró sorprendentemente asociado con una mayor preocupación sexual.

En definitiva, los resultados de los estudios tienden a mostrar una relación más fuerte y estable entre las estrategias de evitación y las consecuencias negativas del ASI que con respecto a las estrategias de aproximación, cuyos resultados parecen ser más inconsistentes. Es necesario, por tanto, continuar la investigación en este campo, con el fin de comprender la compleja relación existente entre el empleo de las estrategias de afrontamiento aproximativas y su efecto sobre el ajuste psicológico.

En nuestro estudio, tras evaluar los efectos a largo plazo del ASI, comparando a las víctimas con un grupo que no ha sufrido abusos, analizaremos el papel de dichas estrategias de afrontamiento, tratando de clarificar qué estrategias de evitación tienen más influencia sobre el ajuste psicológico de las víctimas, así como el efecto de las estrategias aproximativas. Para evaluar el tipo de afrontamiento utilizaremos medidas específicas de la experiencia de abuso sexual, en lugar de medidas sobre el afrontamiento de sucesos estresantes en general, lo que nos facilitará la comparación con otras investigaciones.

Método

Participantes

La muestra estuvo compuesta por estudiantes universitarios de la Facultad de Psicología y de la Escuela Universitaria de Trabajo Social de la Universidad de Granada, con edades comprendidas entre los 18 y 50 años ($M= 19.85$; $DT= 3.13$). El total de participantes en el estudio fue de 1.162, 993 mujeres (85.4%), con una media de edad de 19,74 años ($DT= 2.92$), y 169 hombres (14.6%), con una media de edad de 20,48 años ($DT= 4.06$). En cuanto a nivel educativo familiar, un 24% de los padres y un 25.6% de las madres tenían estudios primarios (sin llegar a obtener el título de graduado escolar); un 24.6% y un 31.6% el graduado escolar; el 8.5% y el 7.2% formación profesional; bachiller el 15.7% y el 14.4%; y estudios universitarios el 27.1% y el 20.9%, respectivamente.

Instrumentos

Cuestionario sobre Abuso Sexual Infantil. Este cuestionario fue especialmente diseñado para recoger los datos sociodemográficos y experiencias de abuso sexual en la infancia de los participantes, de forma anónima (identificado con un código de dígitos asignado aleatoriamente al repartir el cuestionario). Registra su edad y género, profesión y nivel de estudios de los padres, así como preguntas relativas a la existencia de un posible abuso sexual y sus características (edad a la que se produjo, número de incidentes, tipo de abuso sufrido, relación con el perpetrador y edad de éste). El ASI se definía como «contactos e interacciones sexuales entre un menor de edad y un adulto o entre menores de edad si existe una diferencia de cinco años entre ellos o si el niño/adolescente agresor se encuentra en una posición de poder o control sobre la víctima, aunque no haya diferencia de edad». Las víctimas debían señalar el tipo de actividades sexuales de las que habían sido objeto y que iban desde las que no implicaban contacto físico, a los tocamientos en zonas erógenas y, finalmente, al sexo oral y/o penetración. Se consideraron como casos de abuso sexual infantil aquellos en los que la edad de inicio del abuso era inferior a los 13 años.

How I deal with Things Scale (Burt y Katz, 1987). Se trata de una escala de 29 ítems que evalúa cinco dimensiones del afrontamiento de las agresiones sexuales, divididas en las escalas de Evitación general y Aproximación. Las subescalas de Evitación general son: *Autodestructivo* («Ponerse en situaciones de peligro o de riesgo más de lo que haría normalmente»), *Evitación* (por ejemplo, «Dormir mucho y tratar de no pensar sobre lo sucedido») y *Nervioso/ansioso* («Contestar con agresividad a las personas sin motivo aparente»). Por otro lado, las subescalas de Aproximación son: *Cognitivo* («Intentar repensar la situación y verla desde una perspectiva diferente») y *Expresivo* («Hablarle a la familia y amigos sobre sus sentimientos»). La puntuación en cada ítem oscila entre 1 (*nunca*) y 5 (*habitualmente*). Los autores de la escala informaron de una consistencia interna de las escalas de entre .65 y .75, y una fiabilidad test-retest de entre .68 y .83. Los valores obtenidos en nuestro estudio respecto a la consistencia interna (*alfa de Cronbach*) fueron muy similares: .75 para afrontamiento autodestructivo, .73 para evitación, .63 para nervioso/ansioso, .70 para cognitivo y .77 para expresivo.

Beck Depression Inventory (BDI) (Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh, 1961; adaptado por Conde, Esteban y Useros, 1976). Es el instrumento de autoevaluación más frecuentemente utilizado para medir los síntomas depresivos, debido a sus propiedades psicométricas. El cuestionario consta de 21 ítems de respuesta múltiple, con alternativas de respuesta de entre 0 y 3. La puntuación total permite diferenciar rangos cuantitativos de depresión: *ausente o mínima* (0-9), *leve* (10-18), *moderada* (19-29) y *grave* (30-63). Su fiabilidad test-retest es de .86, y su consistencia interna de .86.

Rosenberg Self-Esteem Scale (RSE) (Rosenberg, 1965). Es una medida de autoevaluación de la autoestima general, compuesta por 10 ítems relacionados con los sentimientos de autovalía y autoaceptación. Las alternativas de respuesta oscilan entre 1 (*fuerte acuerdo*) y 4 (*totalmente en desacuerdo*). La puntuación total permite diferenciar entre una autoestima elevada considerada como *normal* (30-40), *media* (26-29) y *baja* (10-25). El coeficiente alfa de Cronbach es de .86, y su fiabilidad test-retest de .85.

Procedimiento

Desde el curso 2003-2004 hasta el 2006-2007, y con carácter voluntario, estudiantes de la Facultad de Psicología y la Escuela Universitaria de Trabajo Social han participado en una investigación global sobre situaciones de riesgo en la infancia y ajuste psicológico actual. En primer lugar, y de forma anónima, durante una sesión de una hora cumplimentaron el *Cuestionario sobre Abuso Sexual Infantil*, a partir del cual se identificó a los participantes que habían sido víctimas de ASI, así como la *How I deal with Things Scale* (Burt y Katz, 1987), con el fin de evaluar las estrategias empleadas para hacer frente a dicha experiencia. En una segunda sesión, todos los participantes contestaron a los cuestionarios relacionados con su ajuste psicológico actual. La confidencialidad de los datos se garantizó a través de la asignación de un código numérico a cada cuestionario. Este código es el que se emplea en el tratamiento de la información.

Una vez identificadas las víctimas de ASI, en cada curso académico se seleccionó un grupo de comparación formado por un mismo número de compañeros que no habían sufrido abusos y equiparados en diversas variables sociodemográficas (sexo, edad, estatus de la familia).

Resultados

Prevalencia del abuso sexual infantil

Del total de participantes en el estudio, un grupo de 110 estudiantes, hombres y mujeres, había sufrido algún tipo de abuso sexual antes de los 13 años. El porcentaje de víctimas de ASI fue de 9.46% del total de participantes, un 9.96% de las mujeres y un 6,5% de los hombres.

De las 110 víctimas de ASI, 27 fueron descartadas del estudio por no haber completado alguno de los cuestionarios o por tener una edad superior a los 24 años, para evitar en la medida de lo posible los problemas de recuerdo derivados del tiempo transcurrido desde la finalización de los abusos. De este modo, la muestra final estuvo compuesta por 83 víctimas (76 mujeres y 7 hombres) de abuso sexual infantil, así como otros 83 participantes no víctimas empleados como grupo de comparación. La media de edad de ambos grupos fue de $M= 19.63$ ($DT= 1.65$). Con respecto a los niveles educativos familiares, un 20.8% de los padres y un 22% de las madres tenían estudios primarios; un 28.6% y un 34.1% el graduado escolar; el 9.1% y el 11% formación profesional; bachiller el 11.7% y el 12.2%; y estudios universitarios el 29.9% y 20.7%.

Efectos a largo plazo del abuso sexual infantil

En primer lugar se llevó a cabo un contraste entre las medias en depresión y autoestima obtenidas por el grupo de participantes víctimas de abuso y un grupo de comparación emparejado en función del sexo, edad y nivel socioeconómico familiar (véase tabla 1).

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de participantes víctimas y no víctimas, tanto en depresión como en autoestima. Mientras que la puntuación de las víctimas en depresión era significativamente mayor [$t(82)= 2.02$; $p<.05$; $r= .22$], la puntuación en autoestima resultó significativamente menor [$t(82)= -2.30$; $p<.05$; $r= 0.25$] que la de los estudiantes que no habían sufrido ASI.

En las tablas 2 y 3 se muestran los porcentajes de participantes víctimas y no víctimas de abuso que obtuvieron puntuaciones clínicamente significativas en depresión y autoestima. Como se puede observar, la tasa de sujetos con una puntuación clínica en depresión (mayor de 9) del grupo de víctimas de abuso fue un 10.8% superior a la del grupo de no víctimas. En el caso de la autoestima, el porcentaje de sujetos con una puntuación clínica (inferior a 30) era un 21.6% superior al del grupo de comparación.

Dichas diferencias en porcentajes entre ambos grupos resultaron significativas con $\chi^2(1) = 4.45, p < .035$ para la depresión y $\chi^2(1) = 9.35, p < .002$ en el caso de la autoestima.

Posteriormente procedimos a calcular las *odds ratio* entre el grupo de víctimas y de no víctimas de abuso. En el caso de la depresión fue de $OR = 2.13$ (intervalo de confianza del 95%, 1.04 - 4.33), mientras que para la autoestima de $OR = 2.74$ (intervalo de confianza del 95%, 1.42 - 5.29).

Estrategias de afrontamiento y adaptación

En la tabla 4 aparecen reflejados los estadísticos descriptivos de las puntuaciones obtenidas en las diferentes escalas de afrontamiento, así como las correlaciones de Pearson entre las diferentes estrategias de afrontamiento y las puntuaciones en depresión y autoestima de los estudiantes con un historial de ASI.

Tabla 1
Diferencia entre las medias obtenidas por víctimas y no víctimas en depresión y autoestima

Variable	Grupo	N	Media	D.T.	t	p
BDI	No abuso	83	6.54	6.14	2.02	.047
	Abuso	83	8.59	6.30		
RSE	No abuso	83	31.70	4.60	-2.30	.023
	Abuso	83	30.19	4.61		

Tabla 2
Porcentaje de participantes con un nivel clínico de depresión por grupo

Grupo	Depresión				Total	
	No clínica		Clínica			
	N	%	N	%	N	%
No abuso	67	80.7%	16	19.3%	83	100%
Abuso	55	66.3%	28	33.7%	83	100%
Total	119	73.5%	47	26.5%	166	100%

Tabla 3
Porcentaje de participantes con un nivel clínico de autoestima por grupo

Grupo	Autoestima				Total	
	No clínica		Clínica			
	N	%	N	%	N	%
No abuso	62	74.7%	21	25.3%	83	100%
Abuso	43	51.8%	40	48.2%	83	100%
Total	104	63.3%	62	36.7%	166	100%

Las correlaciones muestran la existencia de una relación entre la estrategia de afrontamiento por evitación y las puntuaciones en depresión ($r = .285; p < .01$) y autoestima ($r = -.293; p < .01$) en la dirección esperada. Es decir, el uso de la evitación se relacionaba con un mayor riesgo de obtener puntuaciones más altas en depresión y más bajas en autoestima. El afrontamiento autodestructivo también predecía, incluso en mayor medida, la depresión ($r = .392; p < .001$) y la autoestima ($r = -.352; p < .001$). Sin embargo, ni el afrontamiento nervioso, ni el cognitivo o expresivo, parecían guardar relación con el ajuste de los participantes, al menos en lo que a depresión o autoestima se refiere.

Seguidamente se procedió a realizar los análisis de regresión correspondientes con el fin de determinar si los efectos independientes de las diferentes estrategias de afrontamiento sobre la depresión y autoestima de las víctimas de abuso se mantenían cuando se controlaban los efectos de las demás.

Los resultados confirmaron las relaciones halladas previamente. Con respecto a la depresión, el modelo obtenido fue significativo, $F(5, 77) = 4.09, p < .005$, con un coeficiente de determinación de R^2 corregida = .159 ($f^2 = 0.26$, intervalo de confianza del 95%, 0.07 - 0.35). Tanto el afrontamiento autodestructivo como el de por evitación contribuyeron a explicar la variabilidad en la puntuación en depresión, aunque el peso del primero era mucho mayor. El modelo (tabla 5) indica que las estrategias de afrontamiento autodestructivo y de evitación explican el 16% de la varianza en depresión de las víctimas de abuso sexual.

Por último, en el modelo de predicción de la autoestima, se obtuvo una R^2 corregida = .186, resultando significativo con $F(5, 77) = 4.74, p < .001$ ($f^2 = 0.31$, intervalo de confianza del 95%, 0.09

Tabla 4
Estadísticos descriptivos y matriz de correlaciones entre las estrategias de afrontamiento y las variables de adaptación

	Estrategias de afrontamiento					Media	D.T.	Mínimo	Máximo
	Evitación	Nervioso	Autodestructivo	Cognitivo	Expresivo				
BDI	.285**	.119	.392**	-.060	-.066	8.59	6.80	0	34
RSE	-.293***	-.011	-.352***	.109	.147	30.19	4.61	17	39
Media	16.82	8.89	10.08	13.73	17.25				
D.T.	4.89	3.29	3.84	4.76	5.53				
Mínimo	6	5	6	6	6				
Máximo	28	18	21	24	30				

Nota: * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Tabla 5
Análisis de regresión depresión en función de estrategias de afrontamiento

	B	Error típico	β	t	p	$Sr^2 R^2$
Evitación	.296	.148	.213	1.999	.049	.040
Autodestructivo	.662	.206	.373	3.207	.002	.105
Nervioso	-.088	.255	-.043	-.347	.729	.001
Cognitivo	-.033	.192	-.023	-.172	.864	.000
Expresivo	-.147	.173	-.120	-.847	.400	.007

Nota: $R^2 = .210$; R^2 corregida = .159; $R = .458$; $p < .005$. La varianza única fue igual a .153 y la varianza compartida igual a .057

- 0.39). De nuevo el afrontamiento autodestructivo y por evitación fueron las únicas estrategias que permitían predecir la autoestima a un nivel estadísticamente significativo, explicando entre ambas variables el 19% de la varianza de las puntuaciones (tabla 6).

Discusión y conclusiones

Aunque la prevención primaria del ASI resulta imprescindible (Del Campo y López, 2006), es difícil que éste sea completamente erradicado, de manera que es necesario seguir investigando acerca de las variables intervinientes en el proceso de ajuste de las víctimas que permitan obtener datos útiles para evitar la aparición de secuelas psicológicas (Steel et al., 2004).

La prevalencia de ASI hallada en nuestro estudio (9.96% en mujeres y 6.5% en varones) resulta ligeramente inferior a la de otros estudios llevados a cabo en nuestro país con muestras universitarias (Pereda y Forns, 2007) y población general (López et al., 1995). Esta diferencia posiblemente se deba a diferencias en la definición del ASI, ya que en nuestro estudio se incluyen únicamente aquellos casos en los que el primer o único episodio abusivo se produjo antes de que la víctima cumpliera los 13 años.

Por lo que respecta a los efectos a largo plazo del ASI, los resultados obtenidos confirman el supuesto de que las víctimas, como grupo, presentan un peor ajuste psicológico a largo plazo, evaluado en términos de depresión y autoestima. En este sentido, nuestro estudio coincide con lo informado por otros autores (e. g. Levitan et al., 2003). Nuestros resultados indican que haber sufrido abuso sexual durante la infancia supone un incremento del 10.8 y 21.6% en la probabilidad de sufrir problemas de depresión y autoestima, respectivamente, en adultos jóvenes.

Respecto al papel de las estrategias de afrontamiento, nuestros datos, coincidiendo con la mayoría de los estudios previos (Merrill et al., 2001; Merrill et al., 2003; Runtz y Schallow, 1997), indican que el empleo de las estrategias de afrontamiento autodestructivo y por evitación supone un mayor riesgo de que los adultos jóvenes con un historial de ASI presenten una mayor depresión y menor autoestima.

De estas dos estrategias, el afrontamiento autodestructivo, que incluye conductas como el empleo de alcohol o drogas, parece ser el más perjudicial. No obstante, la mayoría de las víctimas de nuestro estudio informaron de un uso escaso de esta estrategia, quizá debido a que, como sugieren Merrill et al. (2001), son estrategias de último recurso, empleando en mayor medida el afrontamiento de evitación. Esto probablemente se deba a una percepción generalizada entre las víctimas de ASI de que la evitación es la forma más eficaz de hacer frente a esta experiencia (Leitenberg,

Greenwald y Cado, 1992). Además, el uso de la evitación se puede ver reforzado por la impresión de que la víctima no está teniendo dificultades. Quizá fuera éste el motivo por el que esta estrategia se asoció a menos problemas conductuales según los padres del estudio de Chaffin et al. (1997).

Por el contrario, no se encontró relación alguna entre un tipo concreto de afrontamiento de evitación, el afrontamiento nervioso-ansioso, y el ajuste psicológico, una relación que sí encontraron Burt y Katz (1987). Sin embargo, esta diferencia puede deberse al tipo de muestra empleada en cada estudio, que en el caso de estos autores eran mujeres víctimas de agresión sexual reciente.

Tampoco se halló una relación significativa entre las estrategias de afrontamiento aproximativo y el ajuste psicológico de las víctimas. Al igual que en otras investigaciones que han evaluado este tipo de estrategias (por ejemplo, Filipas y Ullman, 2006; Hébert et al., 2006), ni el afrontamiento cognitivo ni el expresivo se relacionaban con los niveles de depresión y autoestima de las víctimas de ASI. Sin embargo, algunos estudios como el de Runtz y Schallow (1997) o Steel et al. (2004) sí que han encontrado una relación entre estas estrategias y un mejor ajuste psicológico, mientras que en otros como el de Burt y Katz (1987) o Daigneault et al. (2006) se informó de una relación inversa.

El fracaso del afrontamiento por aproximación a la hora de producir unos efectos positivos quizá se deba a que esta estrategia requiere de la presencia de otros factores para ser efectiva (Daigneault et al., 2006). La utilidad de las estrategias aproximativas como la búsqueda de apoyo social o el hacer esfuerzos por mejorar la situación puede depender de la disponibilidad de los recursos sociales o personales que le darían a la víctima un mayor control real o percibido sobre su ambiente. Por ejemplo, el impacto positivo de la búsqueda de apoyo social dependerá de la calidad y el tipo de apoyo recibido (Stevenson, Maton y Teti, 1999).

En resumen, en términos de intervención, podemos concluir que la promoción del uso de estrategias de afrontamiento por aproximación en víctimas de ASI no parece guardar relación con un mejor ajuste, mientras que sí podría ser más beneficiosa la reducción del empleo de estrategias de evitación (afrontamiento autodestructivo y por evitación).

Uno de los puntos fuertes de nuestro estudio radica en el empleo de medidas de afrontamiento específicas del abuso sexual. Algunos autores han manifestado su convencimiento en que la falta de relación entre afrontamiento aproximativo y ajuste psicológico de la que se ha informado en algunos estudios (por ejemplo, Shapiro y Levendosky, 1999; Tremblay et al., 1999) se puede deber al empleo de medidas de afrontamiento referidas a un suceso estresante diferente al abuso (Banyard, 2003). Sin embargo, nuestros resultados contradicen esta hipótesis, ya que nosotros hemos empleado medidas específicas al ASI y no hemos encontrado tal asociación.

Nuestra investigación también adolece de algunas limitaciones que deben tenerse en cuenta. En primer lugar, se trata de un estudio asociativo, por lo que no es posible hacer inferencias causales. Otra limitación concierne al empleo de informes retrospectivos. Sin embargo, aunque se hayan detectado ciertos sesgos en estos informes (e. g. sesgos debidos al estado de ánimo actual, falsos recuerdos), éstos no son tan grandes como para invalidar los estudios retrospectivos sobre adversidades importantes (Hardt y Rutter, 2004). Más del 90% de las víctimas de abusos sexuales en la infancia no los denunciaron ni recibieron asistencia pública (Cantón y Cortés, 2003). Por tanto, tiene que ser a partir de un estudio de

Tabla 6

Análisis de regresión autoestima en función de estrategias de afrontamiento

	<i>B</i>	<i>Error típico</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>Sr</i> ² <i>R</i> ²
Evitación	-.233	.099	-.247	-2.355	.021	.050
Autodestructivo	-.466	.138	-.387	-3.380	.001	.114
Nervioso	.204	.170	.146	1.203	.233	.014
Cognitivo	.010	.128	.010	.079	.937	.000
Expresivo	.145	.116	.174	1.253	.214	.015

Nota: $R^2 = .236$; R^2 corregida = .186; $R = .485$; $p < .001$. La varianza única fue igual a .193 y la varianza compartida igual a .043

este tipo como conozcamos todos esos abusos sexuales que nunca se denunciaron, ni se ha sabido de su existencia.

La generalización de los datos también se encuentra limitada al haberlos obtenido a partir de una muestra universitaria. No obstante, la elección de este tipo de muestra tiene como ventaja evitar las distorsiones y problemas de recuerdo que pueden presentar los adultos mayores (Halperin, Bouvier, Jaffe, Monoud, Pawlak, Laederach et al., 1996), razón por la que en nuestro estudio limitamos la edad de los participantes hasta los 24 años. Algunos autores han criticado que en las muestras universitarias la incidencia del problema es menor que en otros grupos. Sin embargo, tanto éste como otros trabajos (Pereda y Forns, 2007) demuestran que las cifras no son de ningún modo bajas, resultando ser muy similares a las de estudios de incidencia realizados con muestras comunitarias (Finkelhor y Dziuba-Leatherman, 1994). Además, a pesar de que las tasas de prevalencia entre estudiantes se basan en una muestra concreta, probablemente dicha muestra esté menos sesgada que una muestra clínica, por lo que puede ser más amplia y más capacitada para informar de las características del ASI (Gorey y Leslie, 1997).

Por otra parte, en nuestro estudio solamente se evaluaron unas pocas dimensiones del ajuste psicológico de las víctimas. Sin embargo,

el estudio de consecuencias diferentes a la depresión y autoestima podría cambiar las conclusiones obtenidas en esta investigación.

Una última limitación radica en el escaso número de varones identificados como víctimas de abuso e incluidos en los análisis. Esto se debe tanto al mayor porcentaje de estudiantes de sexo femenino en los centros donde se llevó a cabo el estudio, como a la mayor prevalencia del ASI entre las mujeres.

En definitiva, a pesar de estas limitaciones, nuestro estudio confirma la idea de que el ASI supone una experiencia de riesgo que, en función de la estrategia de afrontamiento utilizada, puede afectar en mayor o menor medida a los niveles de depresión y de autoestima de las víctimas. De este modo, en términos de intervención, la reducción del empleo de estrategias de evitación podría ser beneficiosa, mientras que la promoción del uso de estrategias de afrontamiento por aproximación no guardaría relación con un mejor ajuste psicológico.

Agradecimientos

Este trabajo se desarrolló con la ayuda de la Beca de Formación de Profesorado Universitario, del Ministerio de Educación y Ciencia, concedida al primer autor (FPU AP-2005-613).

Referencias

- Alexander, P.C. (1992). Application of attachment theory to the study of sexual abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60*, 185-195.
- Bal, S., Van Oost, P., De Bourdeaudhuij, I., y Crombez, G. (2003). Avoidant coping as a mediator between self-reported sexual abuse and stress-related symptoms in adolescents. *Child Abuse and Neglect, 27*(8), 883-897.
- Banyard, V.L. (2003). Explaining links between sexual abuse and psychological distress: Identifying mediating processes. *Child Abuse and Neglect, 27*(8), 869-875.
- 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.
- Brand, B.L., y Alexander, P.C. (2003). Coping with incest: The relationship between recollections of childhood coping and adult functioning in female survivors of incest. *Journal of Traumatic Stress, 16*(3), 285-293.
- Burt, M.R., y Katz, B.L. (1987). Dimensions of recovery from rape: Focus on growth outcomes. *Journal of Interpersonal Violence, 2*(1), 57-81.
- Cantón, J., y Cortés, M.R. (2003). *Guía para la evaluación del abuso sexual infantil*. Madrid: Pirámide.
- Cantón, J., y Cortés, M.R. (2004). *Malos tratos y abuso sexual infantil, 5ª ed.* Madrid: Siglo XXI.
- Chaffin, M., Wherry, J.N., y Dykman, R. (1997). School age children's coping with sexual abuse: Abuse stresses and symptoms associated with four coping strategies. *Child Abuse and Neglect, 21*(2), 227-240.
- Conde, V., Esteban, T., y Useros, E. (1976). Revisión crítica de la adaptación castellana del cuestionario de Beck. *Revista de Psicología General y Aplicada, 31*, 469-497.
- Daigneault, I., Hébert, M., y Tourigny, M. (2006). Attributions and coping in sexually abused adolescents referred for group treatment. *Journal of Child Sexual Abuse, 15*, 35-59.
- Del Campo, A., y López, F. (2006). Evaluación de un programa de prevención de abuso sexual a menores en educación primaria. *Psicothema, 18*(1), 1-8.
- Filipas, H.H., y Ullman, S.E. (2006). Child sexual abuse, coping responses, self-blame, posttraumatic stress disorder, and adult sexual revictimization. *Journal of Interpersonal Violence, 21*(5), 652-672.
- Finkelhor, D., y Browne, A. (1985). The traumatic impact of child sexual abuse: A conceptualization. *American Journal of Orthopsychiatry, 55*, 530-541.
- Finkelhor, D., y Dziuba-Leatherman, J. (1994). Children as victims of violence: A national survey. *Pediatrics, 84*, 413-420.
- Godbout, N., Lussier, Y., y Sabourin, S. (2006). Early abuse experiences and subsequent gender differences in couple adjustment. *Violence and Victims, 21*(6), 744-760.
- Gorey, K.M., y Leslie D.R. (1997). The prevalence of child sexual abuse: Integrative review adjustment for potential response and measurement biases. *Child Abuse and Neglect, 21*(4), 391-8.
- Hartman, C.R., y Burgess, A.W. (1989). Sexual abuse on children: Causes and consequences. En D. Cichetti y V. Carlson (comps.): *Child Maltreatment: Theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Halperin, D.S., Bouvier, P., Jaffe, P.D., Monoud, R.L., Pawlak, C.H., Laederach, J. et al. (1996). Prevalence of child sexual abuse among adolescents in Geneva: Results of a cross sectional survey. *British Medical Journal, 312*, 1326-1329.
- Hardt, J., y Rutter, M. (2004). Validity of adult retrospective reports of adverse childhood experiences: Review of the evidence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 45*(2), 260-273.
- Harvey, M. (1996). An ecological view of psychological trauma and trauma recovery. *Journal of Traumatic Stress, 9*, 3-23.
- Hébert, M., Tremblay, C., Parent, N., Daigneault, I.V., y Piché, C. (2006). Correlates of behavioral outcomes in sexually abused children. *Journal of Family Violence, 21*(5), 287-299.
- Leitenberg, H., Greenwald, E., y Cado, S. (1992). A retrospective study of long-term methods of coping with having been sexually abused during childhood. *Child Abuse and Neglect, 16*(3), 399-407.
- Levitant, R.D., Rector, N.A., Sheldon, T., y Goering, P. (2003). Childhood adversities associated with major depression and/or anxiety disorders in a community sample of Ontario: Issues of co-morbidity and specificity. *Depression and Anxiety, 17*(1), 34-43.
- López, F., Carpintero, E., Hernández, A., Martín, M.J., y Fuertes, A. (1995). Prevalencia y consecuencias del abuso sexual al menor en España. *Child Abuse and Neglect, 19*(9), 1039-1050.
- Pereda, N., y Forns, M. (2007). Prevalencia y características del abuso sexual infantil en estudiantes universitarios españoles. *Child Abuse and Neglect, 31*(4), 417-426.
- Pickering, A., Farmer, A., y McGuffin, P. (2004). The role of personality in childhood sexual abuse. *Personality and Individual Differences, 36*(6), 1295-1303.

- Merrill, L.L., Thomsen, C.J., Sinclair, B.B., Gold, S.R., y Milner, J.S. (2001). Predicting the impact of child sexual abuse on women: The role of abuse severity, parental support, and coping strategies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*(6), 992-1006.
- Merrill, L.L., Guimond, J.M., y Thomsen, C.J. (2003). Child sexual abuse and number of sexual partners in young women: The role of abuse severity, coping style, and sexual functioning. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*(6), 987-996.
- Rind, B., Tromovich, P., y Bauserman, R. (1998). A meta-analytic examination of assumed properties of child sexual abuse using college samples. *Psychological Bulletin, 124*(1), 22-53.
- Rosenberg, M. (1965). The association between self-esteem and anxiety. *Journal of Psychiatric Research, 1*, 135-152.
- Rosenthal, M.Z., Rasmussen, M.L., Palm, K.M., Batten, S.V., y Follette, V. M. (2005). Chronic avoidance helps explain the relationship between severity of childhood sexual abuse and psychological distress in adulthood. *Journal of Child Sexual Abuse, 14*(4), 25-41.
- Roth, S., y Cohen, L.J. (1986). Approach, avoidance, and coping with stress. *American Psychologist, 41*, 813-819.
- Roy, A., y Janal, M. (2006). Gender in suicide attempt rates and childhood sexual abuse rates: Is there an interaction? *Suicide and Life-Threatening Behavior, 36*(3), 329-335.
- Runtz, M.G., y Schallow, J. R. (1997). Social support and coping strategies as mediators. *Child Abuse and Neglect, 21*(2), 211-226.
- Salanova, M., Grau, R.M., y Martínez, I.M. (2005). Demandas laborales y conductas de afrontamiento: el rol modulador de la autoeficacia profesional. *Psicothema, 17*(3), 390-395.
- Shapiro, D.L., y Levendosky, A.A. (1999). Adolescent survivors of childhood sexual abuse: The mediating role of attachment style and coping in psychological and interpersonal functioning. *Child Abuse and Neglect, 23*(11), 1175-1191.
- Spaccarelli, S. (1994). Stress, appraisal, and coping in child sexual abuse: A theoretical and empirical review. *Psychological Bulletin, 116*, 340-362.
- Steel, J., Sanna, L., Hammond, B., Whipple, J., y Cross, H. (2004). Psychological sequelae of childhood sexual abuse: Abuse-related characteristics, coping strategies, and attributional style. *Child Abuse and Neglect, 28*(7), 785-801.
- Stevenson, W., Maton, K.I., y Teti, D.M. (1999). Social support, relationship quality, and well-being among pregnant adolescents. *Journal of Adolescence, 22*(1), 109-121.
- Tremblay, C., Hebert, M., y Piché, C. (1999). Coping strategies and social support as mediators of consequences in child sexual abuse victims. *Child Abuse and Neglect, 23*(9), 929-945.
- Velasco, C., Fernández, I., Páez, D., y Campos, M. (2006). Perceived emotional intelligence, alexithymia, coping and emotional regulation. *Psicothema, 18*, supl. 89-94.
- Wind, T.W., y Silvern, L. (1994). Parenting and family stress as mediators of the long-term effects of child abuse. *Child Abuse and Neglect, 18*, 439-453.
- Wolfe, V.V., Gentile, C., y Wolfe, D.A. (1989). The impact of sexual abuse on children: A PTSD formulation. *Behavior Therapy, 20*, 215-228.