

Un modelo de los efectos del abuso sexual infantil sobre el estrés post-traumático: el rol mediador de las atribuciones de culpa y afrontamiento de evitación

David Cantón-Cortés, José Cantón, Fernando Justicia y María Rosario Cortés
Universidad de Granada

Mediante modelos de ecuaciones estructurales se analizan los efectos directos e indirectos de la gravedad del Abuso Sexual Infantil (ASI), las atribuciones de culpa por el abuso y las estrategias de afrontamiento sobre la sintomatología del Trastorno de Estrés Post-traumático (TEP). Se controlaron además los efectos de otros maltratos sufridos durante la infancia. La muestra estaba compuesta por 163 estudiantes universitarias víctimas de ASI. Los resultados obtenidos sugieren que las víctimas de abusos más graves presentan niveles superiores de autoinculpación, inculpación a la familia y empleo de estrategias de evitación. El haber sufrido otro tipo de maltrato se encontraba también relacionado con niveles superiores de inculpación a la familia. Por último, las dos atribuciones de culpa se encontraban indirectamente relacionadas con el TEP a través del afrontamiento de evitación. Las fuertes relaciones halladas entre las atribuciones de culpa, estrategias de afrontamiento y TEP sugieren que sería útil la intervención temprana con víctimas de ASI en un esfuerzo por modificar las atribuciones que realizan acerca del abuso y el modo en que lo afrontan.

A model of the effects of child sexual abuse on post-traumatic stress: The mediating role of attributions of blame and avoidance coping. Employing structural equation modeling, the direct and indirect effects of the severity of Child Sexual Abuse (CSA), attributions of blame for the abuse, and coping strategies on Post-traumatic Stress Disorder (PTSD) symptomatology are analyzed. The effects of other types of child maltreatment on PTSD were also controlled. The sample comprised 163 female college students who were victims of CSA. The results suggested that victims of more severe abuse showed higher levels of avoidant coping, self blame, and family blame. Having suffered other kinds of abuse or neglect was also related to higher family blame attributions. Lastly, both attributions of blame scales were indirectly related to PTSD symptomatology through avoidant coping. The strong relationships between attributions of blame, coping strategies, and PTSD suggest that it might be useful to intervene early with children who have suffered CSA in an effort to modify the attributions they make about the abuse and the way they cope with it.

En las tres últimas décadas, los estudios han sugerido de forma consistente que el Abuso Sexual Infantil (ASI) se asocia a consecuencias psicológicas negativas en poblaciones adultas, variando desde la depresión y los problemas de autoestima hasta los trastornos sexuales y de la personalidad (Cantón y Cantón, 2007; Del Campo y López, 2006; Echeburúa y Subijana, 2008; Lemieux y Byers, 2008). Una de sus consecuencias más frecuentes es el Trastorno de Estrés Post-traumático (TEP), habiendo informado muchos estudios que las víctimas de ASI presentan un mayor riesgo de desarrollar síntomas de TEP durante la edad adulta (e.g., Kingston y Raghavan, 2009).

Sin embargo, existe una gran variabilidad respecto al ajuste psicológico de las víctimas de ASI, de forma que no todas ellas

presentan problemas a largo plazo (Rind, Tromovich y Bauserman, 1998). Es fundamental, por tanto, determinar qué variables explican las diferencias en el ajuste de las víctimas. Desde esta perspectiva se han estudiado tanto características del abuso como variables intrapersonales tales como las estrategias de afrontamiento o las atribuciones de culpa (Lemieux y Byers, 2008; Feiring y Cleland, 2007; Wright, Crawford y Sebastian, 2007).

El impacto del ASI en la víctima se puede explicar, al menos en parte, por las características del abuso. En este sentido, los estudios han encontrado que aquellos abusos relacionados de forma más consistente con un peor ajuste psicológico son aquellos que han sido más frecuentes (Chromy, 2006; Hébert, Tremblay, Parent, Daignault y Piché, 2006), en los que se han cometido actos más intrusivos (Lemieux y Byers, 2008), y cuando había una relación de proximidad entre el agresor y la víctima (McLean y Gallop, 2003).

Sin embargo, algunos estudios han encontrado resultados inconsistentes respecto a la relación entre estas variables y el ajuste de las víctimas, sugiriendo que los factores cognitivos podrían ser más importantes que las características del ASI a la hora de predecir di-

cho ajuste (e.g., Paolucci, Genuis y Violato, 2001; Quas, Goodman y Jones, 2003). Además, puesto que no es posible intervenir sobre estas características, su utilidad desde un punto de vista clínico resulta muy limitada. Debido a ello, el estudio de los procesos que explican el desarrollo de una determinada sintomatología resulta de un mayor interés para el diseño de intervenciones eficaces.

Como una variable intrapersonal susceptible de cambio, las estrategias de afrontamiento han sido estudiadas por su rol en el ajuste de las víctimas tras el abuso. El modelo predominante para clasificar las estrategias empleadas para afrontar el abuso es el de *aproximación-avoidancia*. Según este modelo, los pensamientos y/o acciones se pueden dirigir hacia una amenaza (aproximación) o a alejarse de ella (evitación) (Merrill, Thomsen, Sinclair, Gold y Milner, 2001).

La mayoría de los estudios que han examinado el efecto de diferentes estrategias han encontrado una relación entre las estrategias de evitación y un peor ajuste psicológico tras el ASI (e.g., Cantón y Justicia, 2008; Filipas y Ullman, 2006; Wright et al., 2007). Sin embargo, la relación entre las estrategias de aproximación y el ajuste psicológico ha sido mucho menos consistente, habiendo concluido la mayoría de los estudios que estas estrategias no influyen en el bienestar de las víctimas (e.g., Cantón y Justicia, 2008; Hébert et al., 2006; Wright et al., 2007).

Otra variable intrapersonal que ha sido estudiada como un posible mediador entre el ASI y el ajuste psicológico han sido las atribuciones de culpa por el abuso. Desde un punto de vista teórico, la víctima puede dirigir la responsabilidad del abuso hacia sí misma, hacia el agresor y hacia otros adultos. El énfasis de la investigación, sin embargo, ha estado en las atribuciones de autoinculpación (McMillen y Zuravin, 1997). Los resultados de los estudios indican que este tipo de atribuciones se asocian a un peor ajuste psicológico (e.g., Filipas y Ullman, 2006; Steel, Sanna, Hammond, Whipple y Cross, 2004). La inculpación a la familia también se ha asociado a un peor ajuste (McMillen y Zuravin, 1997). Sin embargo, la mayoría de los estudios no han encontrado una relación entre la inculpación al agresor y el bienestar psicológico de las víctimas (e.g., Feiring y Cleland, 2007; McMillen y Zuravin, 1997).

Ante los efectos negativos de las estrategias de evitación y las atribuciones de culpa, los estudios han tratado de identificar quién podría estar en mayor riesgo de emplearlas. La bibliografía clínica sugiere que los abusos sexuales más graves dan lugar a una mayor autoinculpación (e.g., Feiring y Cleland, 2007). Actos más intrusivos, cometidos por una persona cercana y de forma más persistente, podrían llevar al niño a pensar que merece el abuso por alguna característica personal (Quas et al., 2003). Respecto a los predictores del afrontamiento por evitación, autores como Filipas y Ullman (2006) han encontrado que las víctimas de abusos de mayor gravedad (implicando penetración, cometidos por una figura paterna y de mayor duración), informan de un mayor uso de estrategias de evitación que aquellas que han sufrido abusos menos graves.

Además de incrementar los síntomas provocados por el ASI, las atribuciones de culpa también podrían estar asociadas a un estilo de afrontamiento de evitación (Street, Gibson y Holohan, 2005). Las víctimas que piensan que son culpables de su experiencia podrían tener mayores dificultades para aceptar el abuso, aumentando así el riesgo de que utilicen estrategias como la negación o el distanciamiento para evitar los sentimientos de culpa persistentes (Najdowski y Ullman, 2009). Por tanto, las estrategias utilizadas podrían mediar la relación entre las atribuciones y la recuperación tras el abuso. Sin embargo, y a pesar de que la bibliografía al res-

pecto ha sido muy numerosa en referencia a víctimas de violencia doméstica y violación (e.g., Najdowski y Ullman, 2009; Street et al., 2005), los estudios sobre las relaciones entre afrontamiento y atribuciones de culpa en víctimas de ASI han sido muy escasos. Los estudios llevados a cabo con víctimas de violencia de género, además, han sugerido la existencia de un papel mediador de las estrategias de afrontamiento y atribuciones de culpa sobre el TEP (e.g., Najdowski y Ullman, 2009; Street et al., 2005). Sin embargo, mientras que numerosas investigaciones han examinado las relaciones individuales entre las características del ASI, las atribuciones de culpa, estrategias de afrontamiento y sintomatología de TEP, ninguno ha tratado de explicar empíricamente las interrelaciones de estas variables en una muestra con un historial de ASI, ni ha controlado los efectos de la existencia de otras formas de abuso o negligencia durante la infancia.

Este estudio emplea modelos de ecuaciones estructurales para analizar los efectos directos e indirectos de las características del ASI, las atribuciones de autoinculpación e inculpación a la familia y el uso de estrategias de evitación sobre los niveles de TEP en una muestra de mujeres víctimas de ASI, controlando los efectos de otros tipos de maltrato. Para los propósitos del estudio, únicamente la evitación, autoinculpación e inculpación a la familia fueron seleccionados como posibles mediadores, puesto que se ha encontrado de forma consistente que las estrategias de afrontamiento por aproximación y la inculpación al agresor tienen poco o ningún efecto sobre la recuperación de las víctimas (e.g., Feiring y Cleland, 2007; Hébert et al., 2006; Wright et al., 2007).

Basándonos en la literatura previa, la hipótesis planteada fue que las características del ASI que reflejan su gravedad se encontrarían asociadas con mayores niveles de autoinculpación, inculpación a la familia por el abuso y afrontamiento de evitación, así como con la gravedad de la sintomatología de TEP. La autoinculpación e inculpación a la familia, por su parte, se asociarían a una mayor gravedad del TEP, tanto directa como indirectamente a través del afrontamiento por evitación, que tendría un efecto negativo sobre el TEP. Por último, la existencia de otros maltratos se relacionaría con los niveles de autoinculpación, inculpación a la familia, afrontamiento de evitación y sintomatología de TEP de las víctimas.

Método

Participantes

La muestra del estudio estuvo compuesta por 1.529 estudiantes universitarias, de entre 18 y 24 años ($M= 19,43$, $DT= 1,63$). Del total de participantes en el estudio, 163 mujeres (10,7%) informaron haber sufrido algún tipo de abuso sexual antes de los 14 años. Por lo tanto, la muestra final estuvo formada por 163 víctimas de ASI, con una edad media de 19,69 ($DT= 1,70$). En cuanto al nivel educativo familiar, un 19,5% de los padres y un 21,7% de las madres tenían estudios primarios; un 26% y un 25,5% el graduado escolar; el 10,4% y el 11,2% formación profesional; bachiller el 12,3% y el 18%; y estudios universitarios el 31,8% y el 23,6%, respectivamente.

Instrumentos

Cuestionario sobre Abuso Sexual Infantil. Este cuestionario, desarrollado por los autores, recoge la información sociodemográfica y experiencias de ASI de forma anónima, así como la existen-

cia de otros tipos de maltrato. Registra la edad del participante, el nivel educativo de los padres y una serie de aspectos relacionados con el ASI y sus características: el número de incidentes, tipo de actos sufridos, relación con el agresor y edad a la que ocurrió el abuso (o comenzó en el caso de abusos continuados). El cuestionario proporciona a las participantes la siguiente definición de ASI: *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*. Se pide a las participantes que señalen el tipo de actividades sexuales que habían sufrido y que iban desde las que no implicaban contacto físico, a los tocamientos y, finalmente, al sexo oral y/o penetración. La información previa, y siguiendo la definición de ASI, se emplea para tomar la decisión de considerar o no a un participante como víctima de ASI.

Este cuestionario también permite evaluar la existencia de otros tipos de abuso y negligencia durante la infancia. Incluye cinco preguntas relativas al abuso físico (e.g., *¿Con qué frecuencia una figura parental o cuidador te golpeó?*), emocional (e.g., *¿Con qué frecuencia una figura parental o cuidador actuó de forma que te sintieses con miedo de ser dañado físicamente?*) y negligencia (e.g., *¿Con qué frecuencia una figura parental o cuidador ignoró tu necesidad de afecto?*). Estas preguntas se responden a través de una escala tipo Likert con categorías de respuesta entre 1 y 5. Son considerados como víctimas de maltrato o negligencia aquellos participantes que han respondido frecuentemente (4) o muy frecuentemente (5) en al menos un ítem.

The Attributions of Responsibility and Blame Scale (McMillen y Zuravin, 1997). Evalúa las atribuciones que las víctimas hacen acerca del ASI. Para los propósitos de este estudio se seleccionaron 30 ítems para cubrir dos direcciones de las atribuciones de culpa: autoinculpación (e.g., *Me siento mal por no haber peleado o protestado más*), e inculpación a la familia (e.g., *Culpo a mi familia por no haber hecho más para protegerme*). Se emplea una escala de cinco puntos para que las participantes indiquen en qué grado están de acuerdo con cada ítem. Respecto a la consistencia interna, se obtuvieron coeficientes alfa de Cronbach de ,92 para la autoinculpación y ,89 para la inculpación a la familia.

How I Deal With Things Scale (Burt y Katz, 1987). Evalúa las estrategias que empleó la víctima para hacer frente al ASI. Únicamente se incluyeron 12 de los ítems originales, eliminando aquellos correspondientes a las estrategias de afrontamiento por aproximación. La escala evalúa dos dimensiones del afrontamiento por evitación: autodestructivo (e.g., *Beber mucho alcohol o tomar otras drogas más de lo usual*), y evasión (*Tratar de ignorar todos los pensamientos y sentimientos sobre el abuso*). La puntuación de cada ítem oscila entre 1 (nunca) y 5 (siempre). La consistencia interna (alfa de Cronbach) del afrontamiento autodestructivo fue de ,74 y la de evasión de ,73.

Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Post-traumático (Echeburúa, Corral, Amor, Zubizarreta y Sarasua, 1997). Se trata de una escala de 17 ítems que evalúa la presencia e intensidad de los síntomas del TEP, siguiendo los criterios de DSM-IV (APA, 1994). Los ítems se encuentran organizados en un formato tipo Likert (0 a 3), de acuerdo a la frecuencia e intensidad de los síntomas. La escala evalúa la presencia de síntomas de reexperimentación (e.g., *¿Tiene recuerdos desagradables y recurrentes del suceso, incluyendo imágenes, pensamientos o percepciones?*), evitación (e.g., *¿Se siente incapaz de recordar alguno de los as-*

pectos importantes del suceso?), e hiperactivación (e.g., *¿Tiene dificultades de concentración?*). Los valores alfa de Cronbach fueron de ,84, ,79 y ,84, respectivamente.

Procedimiento

Después de la aprobación del proyecto por parte del Comité ético de la Universidad de Granada, se obtuvo el consentimiento informado de los participantes. La participación fue voluntaria, y se permitió a las participantes abandonar el estudio en cualquier momento. La confidencialidad de los datos se garantizó a través de la asignación de un código numérico a cada cuestionario.

En primer lugar, las participantes completaron el *Cuestionario sobre Abuso Sexual Infantil*, que permitió la identificación de las víctimas de ASI y la obtención de información sobre las características del abuso: continuidad (abuso incidental vs continuado), relación con el agresor (intrafamiliar vs extrafamiliar) y tipo de abuso (exhibicionismo, tocamientos o sexo oral/penetración). A continuación las participantes completaron las escalas para evaluar las atribuciones que hacen acerca del abuso (autoinculpación e inculpación a la familia), las estrategias de evitación utilizadas para afrontar el abuso (autodestructivo y evasión), y los síntomas de reexperimentación, evitación e hiperactivación. Con el objetivo de mantener la confidencialidad, las participantes que no habían sufrido ASI respondieron a todos estos cuestionarios en relación a alguna otra experiencia negativa significativa.

Análisis de datos

El análisis de los datos se basó en modelos de ecuaciones estructurales, y se llevó a cabo mediante el software AMOS 16.0. El ajuste del modelo se examinó mediante el RMSEA (Residual Mean Squared Error Aproximation), índice que cuando tiene valores iguales o inferiores a 0.05 señala un adecuado ajuste. Igualmente, se empleó el CFI (Comparative Fit Index) y el TLI (Tucker Lewis Index). Los valores mínimos de estos índices deben ser superiores a ,90, aunque se recomiendan valores superiores a ,95 para aceptar el modelo (Kline, 1998).

Resultados

La tabla 1 muestra los estadísticos descriptivos para todas las variables del estudio. Dado que el TEP está parcialmente caracterizado por los síntomas de evitación, siguiendo las recomendaciones de Krause, Kaltman, Goodman y Dutton (2008), en primer lugar examinamos las correlaciones entre el afrontamiento de evasión y los diferentes grupos de síntomas de TEP para evaluar la posible presencia de un solapamiento predictor-criterio. La correlación más alta fue la existente entre el afrontamiento de evasión y los síntomas de hiperactivación ($r = ,39$), seguida de las correlaciones con los síntomas de evitación ($r = ,36$) y reexperimentación ($r = ,30$). Posteriormente se repitieron todos los análisis del estudio prediciendo el TEP sin los síntomas de evitación, y encontramos el mismo patrón de resultados. Estos hallazgos sugieren que el afrontamiento de evasión, al menos tal y como es medido en este estudio, no evalúa el mismo constructo que los síntomas de evitación del TEP.

En primer lugar se llevó a cabo una matriz de correlaciones para comprobar el patrón de relaciones e identificar las que eran excesivas ($r > ,90$; Kline, 1998), indicando redundancia. Tal y como se

muestra en la tabla 2, las correlaciones entre las variables de TEP eran las más fuertes, pero la redundancia no parece ser un problema. Las correlaciones dentro de cada factor fueron casi siempre más altas que las existentes entre diferentes factores. El patrón de correlaciones fue el esperado, encontrándose una relación global entre características del abuso, atribuciones de culpa, estrategias de afrontamiento y síntomas de TEP.

Con el fin de comprobar la posibilidad de que las relaciones encontradas se diesen en el sentido opuesto al predicho, pusimos a prueba un modelo alternativo en el que el ASI se asocia a las atribuciones de culpa y la evitación a través del TEP. Sin embargo, este modelo resultó no significativo, con $\chi^2 (gl= 42)= 80,0773$, $p<.000$; el RMSEA fue ,075 (intervalo de confianza del 90% de ,050 a ,100), el CFI ,914, y el TLI ,865, estando fuera de los límites recomendados de ,050 y ,90 (Kline, 1998).

Modelo 1: modelo inicial

Para los propósitos del estudio las tres características del abuso (tipo, continuidad y relación) se combinaron en la variable latente gravedad del abuso, haciendo lo mismo con las estrategias de afrontamiento autodestructiva y de evasión (afrontamiento de

evitación), y con los síntomas de reexperimentación, evitación e hiperactivación (síntomatología de TEP). El proceso de análisis se inició con un modelo que incluía todas las relaciones directas e indirectas entre la gravedad del ASI y el TEP a través de las atribuciones de culpa y afrontamiento de evitación. Se controló la existencia de otros maltratos incluyendo las relaciones entre esa variable y cada mediador (autoinculpación, inculpación a la familia y afrontamiento de evitación), así como el TEP.

Este modelo sugiere que una mayor gravedad del abuso se relaciona con puntuaciones superiores en autoinculpación ($\beta= ,55$; $p<.001$) e inculpación a la familia ($\beta= ,19$; $p<.05$); la autoinculpación e inculpación a la familia se relacionan con un mayor uso de estrategias de evitación ($\beta= ,51$; $p<.001$) ($\beta= ,23$; $p<.05$), y las estrategias de evitación se asocian a puntuaciones superiores en sintomatología de TEP ($\beta= ,73$; $p<.01$). Se encontró también una relación entre la existencia de otros maltratos y la inculpación a la familia ($\beta= ,36$; $p<.001$). Sin embargo, el resto de posibles relaciones no fueron significativas: gravedad del abuso y afrontamiento de evitación y TEP; autoinculpación e inculpación a la familia y TEP; y otros maltratos con autoinculpación, afrontamiento de evitación y TEP. Los índices de ajuste del modelo, con $\chi^2 (gl= 21)= 38,099$, $p<.371$, fueron los siguientes: el RMSEA fue ,020 (inter-

Tabla 1
Estadísticos descriptivos de todas las variables del estudio

Variable	M	DT	Mín.	Máx.	Variable	N	%
Síntomas de reexperimentación	2,81	3,14	0	14	Continuidad del abuso		
					Aislado	80	49,1
Síntomas de evitación	3,05	4,13	0	14	Continuado	83	50,9
Síntomas de hiperactivación	3,08	3,90	0	15	Relación de parentesco con el agresor		
Afrontamiento autodestructivo	10,54	4,70	6	28	No miembro	67	41,1
Afrontamiento de evasión	16,97	4,91	6	28	Miembro de la familia	96	58,9
Autoinculpación	35,76	14,71	20	81	Tipo de abuso		
Inculpación a la familia	14,95	7,98	4	45	Exhibicionismo	30	18,4
					Tocamientos	93	57,1
					Oral/Penetración	40	24,5
					Víctima de otros maltratos	33	20,2

Tabla 2
Correlaciones entre todas las variables de estudio

Variable	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1. Tipo de abuso	1										
2. Continuidad	,377***	1									
3. Relación	,209*	,236**	1								
4. Otros maltratos	,078	,122	,097	1							
5. Autoinculpación	,442***	,233**	,037	,091	1						
6. Inculpación familia	,157	,190*	,093	,393***	,204*	1					
7. Autodestructivo	,330***	,142	,050	,215*	,435***	,254**	1				
8. Evasión	,231*	,118	,058	,002	,352***	,127	,357***	1			
9. Reexperimentación	,274**	,246**	,062	,200*	,377***	,351***	,456***	,303***	1		
10. Evitación	,291***	,248**	,016	,179*	,438***	,363***	,550***	,365***	,800***	1	
11. Hiperactivación	,283**	,222*	,111	,144	,359***	,308***	,481***	,387***	,704***	,796***	1

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

valo de confianza del 90% de ,000 a ,060), el CFI ,995, y el TLI ,991, estando dentro de los límites recomendados de ,050 y ,90 (Kline, 1998). El modelo obtenido predecía el 54% de la varianza en sintomatología de TEP.

Modelo 2: modelo final

El siguiente objetivo fue obtener el modelo más parsimonioso que se ajustara mejor a los datos. A través de un proceso iterativo, AMOS permite fijar de forma secuencial los valores de las relaciones no significativas en 0 y examinar las consecuencias en el ajuste del modelo. Basándonos en el Browne-Cudeck Criterion (BCC), el resultado de este proceso confirmó que el mejor modelo (BCC0= ,000) era aquel en el que se deberían eliminar las relaciones de la existencia de otros maltratos con la autoinculpación, afrontamiento de evitación y TEP. Las relaciones entre la gravedad del abuso y el TEP, y entre la autoinculpación e inculpación a la familia tam-

bién deberían eliminarse, siendo la relación entre la gravedad del abuso y el afrontamiento de evitación la única de las relaciones no significativas que debía mantenerse.

Antes de eliminar esas relaciones consideramos las implicaciones teóricas. A pesar de que los estudios sobre el ASI sugieren que las características del abuso pueden tener una influencia sobre la sintomatología de TEP, esta relación puede estar completamente mediatizada por las atribuciones y estrategias de afrontamiento. Por otra parte, como se ha sugerido especialmente por la literatura sobre víctimas de agresión sexual, los efectos de las atribuciones de culpa podrían estar totalmente mediatizados por las estrategias empleadas por la víctima. Por tanto, únicamente se mantuvo la relación entre la gravedad del abuso y las estrategias de evitación. El resto de relaciones no significativas se eliminaron del modelo y éste fue calculado de nuevo.

El modelo final se presenta en la figura 1. Por lo que respecta a los índices de ajuste del modelo [$\chi^2 (g= 40)= 42,361, p<,369$],

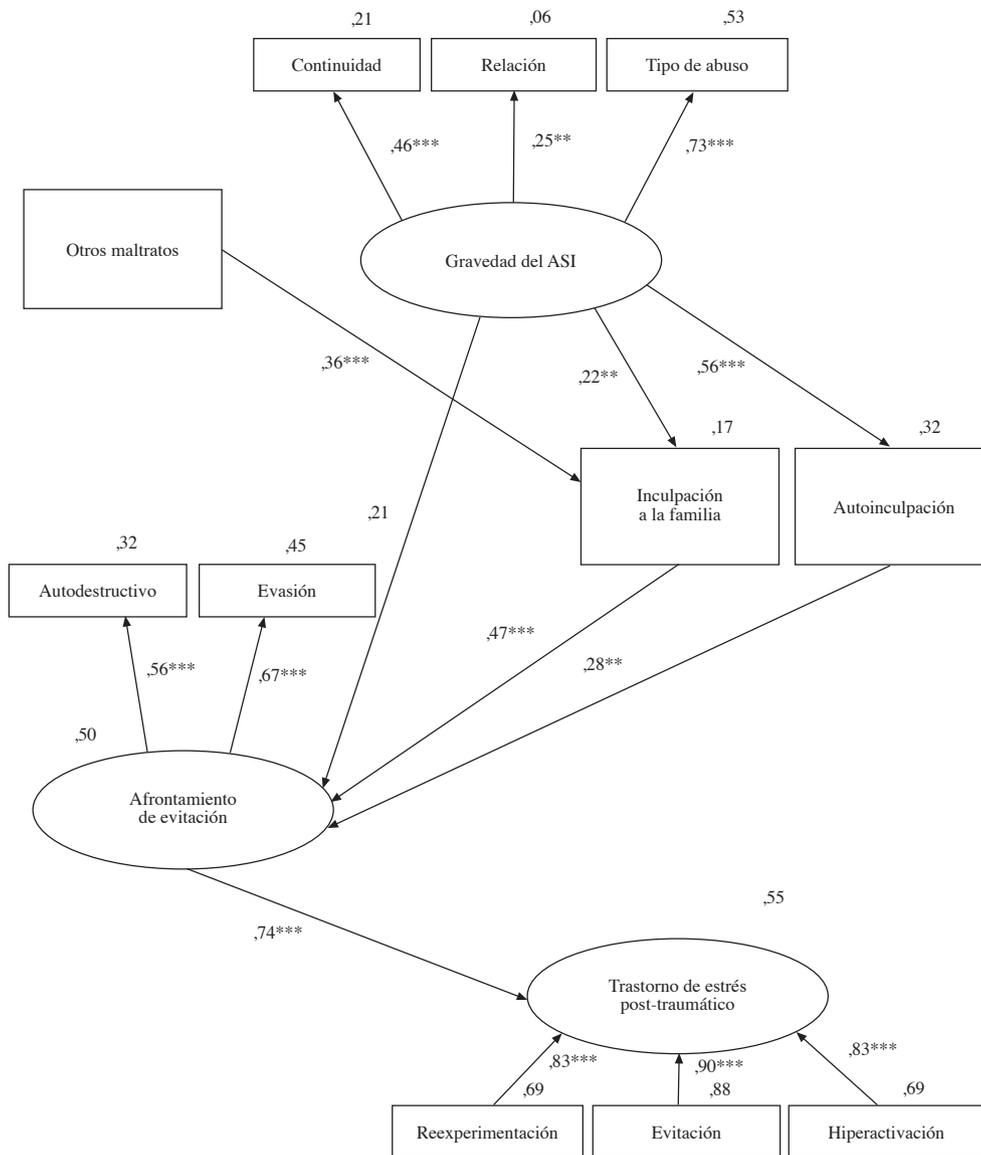


Figura 1. Modelo predictivo de la sintomatología de TEP entre las víctimas de ASI. Los rectángulos representan variables observadas, los óvalos variables latentes. Los valores presentados son coeficientes estandarizados

el CFI y el TLI permanecieron en ,995 y ,991, respectivamente, mientras que el valor del RMSA mejoró ligeramente hasta ,019, con un intervalo de confianza del 90% de ,000 a ,059. La tabla 3 muestra los efectos de las variables predictoras sobre el TEP en este modelo final. La eliminación de las relaciones no significativas no provocó una reducción de la fuerza de las restantes relaciones del modelo. El modelo final predecía un 55% de la varianza en sintomatología de TEP de las víctimas de ASI.

Tabla 3

Efectos no estandarizados y estandarizados de la gravedad del abuso, experiencia de otros maltratos, atribuciones de culpa y afrontamiento de evitación sobre el TEP (modelo final)

	Efectos no estandarizados			Efectos estandarizados		
	Ef. indirectos	Ef. directos	Ef. totales	Ef. indirectos	Ef. directos	Ef. totales
Gravedad del abuso	2,286		2,286	,392		,392
Otros maltratos	,485		,485	,075		,075
Autoinculpación	,061		,061	,345		,345
Inculpación familia	,068		,068	,206		,206
Afrontamiento evitación		,710	,710		,744	,744

Discusión y conclusiones

El presente estudio analiza, en una muestra de víctimas de ASI, las relaciones entre la gravedad del abuso, atribuciones de culpa, estrategias de afrontamiento, existencia de otros maltratos y TEP. Los resultados obtenidos sugieren que la gravedad del abuso, evaluada en términos de continuidad, relación con el agresor y tipo de actos cometidos, incrementa las atribuciones de autoinculpación e inculpación a la familia por el abuso. Esto sugiere que las víctimas que han sufrido abusos consistentes en tocamientos y especialmente penetración, y las víctimas de abusos continuados son especialmente vulnerables a verse a sí mismas y a sus familias como culpables del abuso. Sin embargo, el hecho de que el agresor fuera un miembro de la familia se relacionaba más débilmente con esas atribuciones. Estos resultados son consistentes con los obtenidos por Feiring y Cleland (2007), quienes encontraron que la gravedad del abuso se relacionaba con puntuaciones más altas en autoinculpación e inculpación a la familia por el abuso. Filipas y Ullman (2006) también encontraron que actos sexuales más graves y una mayor frecuencia y duración del abuso se asociaba a una mayor autoinculpación. Además, estos autores no encontraron una asociación entre la relación con el agresor y la autoinculpación.

Asimismo, los resultados del estudio indican que la existencia de otras formas de abuso y/o negligencia predecían las atribuciones de culpa a la familia, pero no la autoinculpación. También señalan que la gravedad del abuso y la existencia de otras formas de maltrato solo explicaban una pequeña proporción de la varianza de las atribuciones de culpa. Por consiguiente, deben existir otras variables que afecten al estilo atribucional, incluidas otras características del abuso y también otras experiencias vitales.

Los análisis indicaron que las atribuciones de culpa se relacionaban con un mayor uso de estrategias de evitación. Este hallazgo es consistente con otros estudios llevados a cabo con víctimas de agresión sexual (e.g., Najdowski y Ullman, 2009). Al estar acom-

pañada de unos sentimientos negativos de autoinculpación e inculpación a la familia, es probable que la experiencia de ASI resulte más estresante, llevando quizás a una confianza en estrategias de evitación como un medio para escapar de pensamientos y sentimientos dolorosos (Street et al., 2005). Los resultados también señalaron un efecto directo de la gravedad del abuso sobre el uso posterior de las estrategias de evitación. Este resultado es consistente con otros estudios que han informado de una relación directa entre las características del ASI y la forma en que la víctima lo afronta (e.g., Merrill et al., 2001). Por último, se encontró un efecto directo de las estrategias de afrontamiento de evitación sobre las puntuaciones en TEP. Estas estrategias pueden provocar mayores síntomas de malestar psicológico, ya que podrían bloquear o interferir con el procesamiento emocional o cognitivo de las experiencias traumáticas. Este resultado es consistente con numerosos estudios que han examinado los efectos del afrontamiento de evitación sobre el ajuste psicológico de las víctimas de ASI (e.g., Cantón y Justicia, 2008; Hébert et al., 2006; Wright et al., 2007).

Sin embargo, y contrariamente a nuestra hipótesis, no se encontró un efecto directo de la gravedad del abuso sobre las puntuaciones en TEP de las víctimas. A pesar de que algunos estudios han informado de una relación entre las características del ASI y el ajuste psicológico (e.g., Lemieux y Byers, 2008; Ullman, 2007), otros muchos han obtenido resultados inconsistentes (e.g., Paolucci et al., 2001; Quas et al., 2003). Esto sugiere que los factores cognitivos pueden ser más importantes que las características del abuso para predecir el ajuste de las víctimas de ASI. Tampoco se encontró un efecto directo de las atribuciones de culpa sobre las puntuaciones en TEP. Muchos de los estudios sí han hallado este efecto de la autoinculpación e inculpación a la familia sobre el ajuste tras el ASI (e.g., Quas et al., 2003). Sin embargo, en el presente estudio las atribuciones de culpa solo se relacionaban indirectamente con el TEP a través de las estrategias de afrontamiento, una asociación que no había sido puesta a prueba en los estudios previos.

Finalmente, las relaciones de la existencia de otros maltratos con la autoinculpación, afrontamiento de evitación y TEP no fueron significativas, y se eliminaron del modelo. Por lo tanto, el maltrato o negligencia se relacionaban con el TEP únicamente a través de la inculpación a la familia. Chelfa y Ellis (2002) también analizaron la relación entre la experiencia de maltrato y las estrategias empleadas para hacer frente al ASI, encontrando que el haber sufrido abuso físico por parte de los padres no se relacionaba con dichas estrategias.

Este estudio presenta algunas limitaciones que deben ser señaladas. En primer lugar, algunos autores han llamado la atención sobre los problemas para generalizar los resultados obtenidos con muestras universitarias. Sin embargo, a pesar de que algunos autores han planteado que la frecuencia del ASI es menor en este tipo de muestras, tanto éste como otros estudios previos han demostrado que el número de víctimas no es menor al hallado en muestras comunitarias (Pereda, Guilera, Forns y Gómez-Benito, 2009). Sin embargo, al estudiar los efectos a largo plazo del ASI, el empleo de este tipo de muestras nos permite evitar las distorsiones y problemas de memoria que los adultos de mayor edad podrían presentar (Halperin, Bouvier, Jaffe, Monoud, Pawlak, Laederach et al., 1996).

Otra limitación podría ser el empleo de informes retrospectivos. Sin embargo, a pesar de que se han hallado ciertos sesgos en estos estudios, no son lo suficientemente grandes como para invalidar la investigación retrospectiva sobre experiencias traumáticas (Hardt

y Rutter, 2004). Además, tal y como concluyeron Cantón y Cortés (2008), más del 90% de las víctimas de ASI no denuncian el abuso ni reciben apoyo institucional, por lo que los informes retrospectivos constituyen el único medio de estudiar estos casos. Por último, el diseño correlacional impide hacer interpretaciones causales. Los presentes hallazgos deberían ser replicados mediante diseños longitudinales, que permitirían examinar la fuerza y las direcciones de las relaciones causales y comparar las consecuencias sobre el ajuste a través del tiempo (Calvete, Estévez y Corral, 2007; Moreno, Morante, Rodríguez y Rodríguez, 2008). Dada la naturaleza de los datos empleados en el presente estudio, cabe la posibilidad de que la dirección de las relaciones entre las variables del modelo sea la opuesta a la encontrada. Sin embargo, aparte de que la literatura con víctimas de violencia de género sugiere la existencia de una relación en la dirección encontrada en el presente estudio (e.g., Najdowski y Ullman, 2009; Street et al., 2005), pusimos a prueba un modelo alternativo, resultando éste ser no válido a la hora de predecir las relaciones entre las variables.

En conclusión, a pesar de las limitaciones señaladas, el presente estudio enfatiza la importancia de las atribuciones de culpa y del

afrentamiento como factores mediadores en el impacto del ASI. Estos factores podrían ser útiles para la identificación de aquellas víctimas de ASI con un mayor riesgo de desarrollar TEP (mujeres con un historial de ASI más grave que llevan a cabo atribuciones de autoinculpación e inculpación a la familia, y que tienden a usar un estilo de afrontamiento de evitación), así como en la práctica clínica. Las fuertes relaciones entre atribuciones de culpa, estrategias de afrontamiento y TEP sugieren que podría ser útil intervenir de forma temprana con niños que han sufrido ASI, con objeto de modificar sus atribuciones del abuso y el modo en que lo afrontan. De este modo, una reducción en los sentimientos de autoinculpación y en la inculpación a la familia, así como en el uso de estrategias de evitación, repercutiría en una disminución de la sintomatología de TEP.

Agradecimientos

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

Referencias

- Burt, M.R., y Katz, B.L. (1987). Dimensions of recovery from rape: Focus on growth outcomes. *Journal of Interpersonal Violence, 2*, 57-81.
- Calvete, E., Estévez, A., y Corral, S. (2007). Trastorno por estrés posttraumático y su relación con esquemas cognitivos disfuncionales en mujeres maltratadas. *Psicothema, 19*, 446-451.
- Cantón, J., y Cantón, D. (2007). El abuso sexual infantil. En Justicia, F., Pichardo, M.C., y Fernández, E. (Eds.), *Enciclopedia de Psicología Evolutiva y de la Educación*. Málaga: Aljibe.
- Cantón, D., y Justicia, F. (2008). Afrontamiento del abuso sexual infantil y ajuste psicológico a largo plazo. *Psicothema, 20*, 509-515.
- Cantón, J., y Cortés, M.R. (2008). Consecuencias del abuso sexual infantil. En Cantón, J., y Cortés, M.R., *Guía para la evaluación del abuso sexual infantil*. Madrid: Pirámide.
- Chelfa, C.M., y Ellis, J.B. (2002). Young adults who were sexually abused: Demographics as predictors of their coping behaviors. *Child Abuse & Neglect, 26*, 313-316.
- Chromy, S. (2006). Sexually abused children who exhibit sexual behavior problems: Victimization characteristics. *Brief Treatment and Crisis Intervention, 7*, 25-33.
- 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.
- Echeburúa, E., Corral, P., Amor, P.J., Zubizarreta, I., y Sarasua, B. (1997). Escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés posttraumático: propiedades psicométricas. *Análisis y Modificación de Conducta, 23*, 503-526.
- Echeburúa, E., y Subijana, I.J. (2008). Guía de buena práctica psicológica en el tratamiento judicial de los niños abusados sexualmente. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 8*, 733-749.
- Feiring, C., y Cleland, C. (2007). Childhood sexual abuse and abuse-specific attributions of blame over 6 years following discovery. *Child Abuse & Neglect, 31*, 1169-1186.
- 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*, 652-672.
- Halperin, D.S., Bouvier, P., Jaffe, P.D., Monoud, R.L., Pawlak, C.H., y Laederach, J. (1996). Prevalence of child sexual abuse among adolescent 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*, 260-273.
- Hébert, M., Tremblay, C., Parent, N., Daignault, I.V., y Piché, C. (2006). Correlates of behavioral outcomes in sexually abused children. *Journal of Family Violence, 21*, 287-299.
- Kingston, S., y Raghavan, C. (2009). The relationship of sexual abuse, early initiation of substance use and adolescent trauma to PTSD. *Journal of Traumatic Stress, 22*, 65-68.
- Kline, R.B. (1998). *Principles and practice of structural equation modeling*. New York: Guilford Press.
- Krause, E.D., Kaltman, S., Goodman, L.A., y Dutton, M.A. (2008). Avoidant coping and PTSD symptoms related to domestic violence exposure: A longitudinal study. *Journal of Traumatic Stress, 21*, 83-90.
- Lemieux, S.R., y Byers, E.S. (2008). The sexual well-being of women who have experienced child sexual abuse. *Psychology of Women Quarterly, 32*, 126-144.
- McLean, L.M., y Gallop, R. (2003). Implications of childhood sexual abuse for adult borderline personality disorder and complex posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry, 160*, 369-371.
- McMillen, C., y Zuravin, S. (1997). Attributions of blame and responsibility for child sexual abuse and adult adjustment. *Journal of Interpersonal Violence, 12*, 30-48.
- 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. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*, 992-1006.
- Moreno, B., Morante, M.E., Rodríguez, R., y Rodríguez, A. (2008). Resistencia y vulnerabilidad ante el trauma: el efecto moderador de las variables de personalidad. *Psicothema, 20*, 124-130.
- Najdowski, C.J., y Ullman, S.E. (2009). PTSD symptoms and self-rated recovery among adult sexual assault survivors: The effects of traumatic life events and psychosocial variables. *Psychology of Women Quarterly, 33*, 43-53.
- Paolucci, E.O., Genuis, M.L., y Violato, C. (2001). A meta-analysis of the published research on the effects of child sexual abuse. *The Journal of Psychology, 135*, 17-36.
- 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.
- Quas, J.A., Goodman, G.S., y Jones, D.P.H. (2003). Predictors of attributions of self-blame and internalizing behavior problems in sexually abused children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 44*, 723-736.
- 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*, 22-53.

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 & Neglect*, 28, 785-801.

Street, A.E., Gibson, L.E., y Holohan, D.R. (2005). Impact of childhood traumatic events, trauma-related guilt and avoidant coping strategies on

PTSD symptoms in female survivors of domestic violence. *Journal of Traumatic Stress*, 18, 245-252.

Wright, M.O., Crawford, E., y Sebastian, K. (2007). Positive resolution of childhood sexual abuse experiences: The role of coping, benefit-finding and meaning-making. *Journal of Family Violence*, 22, 597-608.