



Psicoperspectivas

ISSN: 0717-7798

revista@psicoperspectivas.cl

Pontificia Universidad Católica de
Valparaíso
Chile

Guerra, Cristóbal; Plaza, Hugo; Farkas, Chamarrita
Perfiles de estrés postraumático en adolescentes abusados sexualmente
Psicoperspectivas, vol. 16, núm. 1, 2017, pp. 67-79
Pontificia Universidad Católica de Valparaíso
Viña del Mar, Chile

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=171050068007>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Perfiles de estrés postraumático en adolescentes abusados sexualmente

Profiles of PTSD in adolescents victims of sexual abuse

Cristóbal Guerra^{1*}, Hugo Plaza², Chamarrita Farkas¹

¹Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

²Universidad Santo Tomas, Viña del Mar, Chile

*cguerravio@uc.cl

Recibido: 6-junio-2016

Aceptado: 3-febrero-2017

RESUMEN

Existe alta variabilidad en las reacciones emocionales presentes en víctimas de abuso sexual, por tanto urge conocer los factores que podrían explicar dicha variabilidad y utilizar esa información para generar tratamientos y políticas públicas más específicos. El objetivo del presente estudio fue identificar distintos perfiles de víctimas adolescentes de acuerdo a su sintomatología de estrés postraumático. Participaron 123 adolescentes víctimas de abuso sexual de entre 12 y 17 años ($M = 14.13$, $DT = 1.75$). Los resultados de un análisis de conglomerados arrojaron tres grupos de adolescentes con alta, moderada y baja sintomatología. Los tres grupos mostraron diferencias estadísticamente significativas en función del género, las creencias de autoeficacia y la percepción de apoyo social. Así mismo, se aprecian algunas tendencias que otorgan relevancia a la frecuencia de los abusos y a la relación con el agresor. Estos resultados dan cuenta de perfiles diferenciados de víctimas que pudieran servir para complejizar el debate asociado a las políticas en materia de infancia y para los programas de reparación a lo largo del país.

Palabras clave: abuso sexual, apoyo social, autoeficacia, estrés postraumático, resiliencia

ABSTRACT

There is high variability in the emotional reactions present in victims of sexual abuse, therefore it is urgent to know the factors that could explain such variability and to use that information to generate treatments and more specific public policies. The objective of this study was to identify different profiles of victims, according to their PTSD symptomatology. The participants were 123 victims of sexual abuse between 12 and 17 years ($M = 14.13$; $SD = 1.75$). The results of a cluster analysis show three groups of adolescents with high, moderate and low symptomatology respectively. The three groups showed statistically significant differences in gender, self-efficacy beliefs and perceived social support. Also, some tendencies that give relevance to the frequency of abuse and to the relationship with the aggressor were appreciated. These results show specific profiles of victims that could serve to discuss about the public policies about children and adolescents in Chile, and for support programs for victims along the country.

Keywords: posttraumatic stress disorder, resilience, self-efficacy, sexual abuse, social support

Como citar este artículo: Guerra, C., Plaza, H., & Farkas, Ch. (2017). Perfiles de estrés postraumático en adolescentes abusados sexualmente. *Psicoperspectivas*, 16(1), 67-79. DOI 10.5027/psicoperspectivas-vol 17-issue1-fulltext-879

El abuso sexual infantil y adolescente es un problema social de alta relevancia en todo el mundo. Un meta análisis desarrollado por Pereda, Guilera, Forns, y Gómez-Benito (2009) estima que la prevalencia del abuso sexual infantil a nivel mundial es del 7.9% de los varones y del 19.7% de las mujeres.

En Chile la cifra es similar. Una reciente revisión de los estudios chilenos en la materia da cuenta de que la proporción de personas que han vivido abusos sexuales en la infancia y adolescencia bordea el 15% (Guerra, & Pereda, 2015a). Así mismo, de acuerdo a datos recabados por el Observatorio Niñez y Adolescencia (2015) la violencia sexual contra las personas menores de 18 años alcanza una tasa país de 118.2 denuncias por cada 100 mil habitantes. En la Región de Valparaíso, alcanza una tasa de 92.9 por cada 100 mil habitantes. Respecto al género, se observa que la violencia sexual se manifiesta principalmente en contra de las adolescentes de género femenino con una mayor proporción entre los 14 a 17 años, con una tasa de 332.9 por cada cien mil habitantes. Hay que señalar que estas cifras podrían aumentar considerablemente ya que la proporción de casos no denunciados al menos llegaría al 50% (Echeburúa, & Guerricaechevarría, 2005; Unicef, 2006).

Lo anterior representa un gran problema social ya que la violencia sexual ha sido reconocida como un factor de riesgo para la salud mental, reportándose una diversidad de síntomas asociados a estas experiencias de vulneración, entre ellos: estrés postraumático, depresión, bajo desempeño académico, agresividad, aislamiento y conducta sexualizada (Oddone Paolucci, Genuis, & Violato, 2001; Pereda, 2009; Saywitz, Mannarino, Berliner, & Cohen, 2000). De entre ellos, el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) es el que ha sido reportado con mayor frecuencia, tanto a nivel de su sintomatología intrusiva (recuerdos involuntarios del acontecimiento traumático, flashbacks, pesadillas), síntomas evitativos (dificultades para enfrentar estímulos asociados al trauma) y de aumento de la activación fisiológica (estado de alerta constante) (Cogle, Timpano, Sachs-Ericsson, Keough, & Riccardi, 2010).

En este contexto, el Estado de Chile, a través del Servicio Nacional de Menores (SENAME), ha implementado una línea programática especializada en intervención de tipo reparatoria de la violencia sexual infantil (SENAME, 2012). Esta línea se originó en el año 1997, contando en la actualidad con una amplia oferta de centros orientados a la intervención reparatoria con niños y adolescentes victimizados sexualmente que se rigen bajo una normativa técnica que se encuentra en constante evolución y perfeccionamiento. Actualmente, la oferta de atención en esta línea arroja un total de 114 proyectos a

nivel nacional, con presencia en todas las regiones del país (SENAME, 2015a).

En cuanto al modo de intervención, el SENAME declara en sus Orientaciones Técnicas (SENAME, 2015b), un enfoque de trabajo interdisciplinario, complementando las dimensiones psicológica, social, jurídica, y con énfasis en el trabajo en red. Respecto de la duración de la intervención, se señala una duración de hasta 12 meses, si existe adulto responsable, y hasta 24 meses, si no existiera adulto responsable.

Las normativas técnicas de SENAME (2015b) aluden a la complejidad del fenómeno del abuso sexual y proponen articular el proceso de intervención de manera flexible según las características específicas de los niños y adolescentes atendidos. No obstante, a juicio de Capella y Gutiérrez (2014) estas normativas son demasiado generales y no abordan con suficiente profundidad los distintos tipos de casos, lo que se transforma en un problema para los profesionales que deben atender a las víctimas. Esto contrasta con lo que sucede en otras partes del mundo, como Estados Unidos y Reino Unido, donde existen normativas técnicas que proponen lineamientos específicos para el tratamiento de víctimas con diferentes características (National Institute for Health and Care Excellence (NICE), 2005; Saunders, Berline, & Hanson, 2004).

Varios autores han manifestado que existirían diferentes perfiles de víctimas en función de la sintomatología que presentan. Así, existirían niños y adolescentes que desarrollan alta sintomatología como consecuencia de los abusos y otros que aparentan no presentar problemas de salud mental (Bal, Crombez, Van Oost, & Debourdeaudhuij, 2003; Guerra, & Farkas, 2015; Lynskey, & Fergusson, 1997; Pereda, 2011). La variación de la sintomatología ha sido un tema debatido por la comunidad científica. Mientras para algunos la ausencia de sintomatología es señal de negación y evitación de la problemática (Baita, 2004), para otros es señal de resiliencia (Finkelhor, & Berliner, 1995; Putnam, 2003).

La resiliencia corresponde al fenómeno en que las personas obtienen buenos resultados en términos de salud mental, pese a los serios daños sufridos en su desarrollo (Masten, 2001). Se ha argumentado que la ausencia de sintomatología es señal de resiliencia cuando existen mecanismos y factores identificables que permiten explicar la positiva adaptación de las víctimas (Edmond, Auslander, Elze, & Bowland, 2006).

La identificación de factores y procesos de resiliencia beneficia a las víctimas, a través del diseño de programas de intervención dirigidos a fortalecerlos (Freeman, &

Morris, 2001). De este modo parece pertinente reconocer, en el contexto Chileno, diferentes perfiles de víctimas y las variables que podrían asociarse a ellos. Esta información podría nutrir a los programas de intervención reparatoria a lo largo del país para desarrollar estrategias diferenciadas de intervención para distintos perfiles de usuarios.

A nivel internacional existen variadas investigaciones que buscan comprender los mecanismos asociados a esta variación de sintomatología, para diseñar intervenciones dirigidas a superar las consecuencias negativas del abuso (Houshyar, & Kaufman, 2005). A continuación se exponen los principales resultados de las investigaciones revisadas.

Factores que permiten comprender la variabilidad de sintomatología

La variabilidad en las consecuencias de la violencia sexual infantil y adolescente, ha sido explicada en función de una serie de factores directamente vinculados a la gravedad del abuso sexual como el nivel de contacto físico de la agresión (Chromy, 2006; Lemieux, & Byers, 2008), la relación de la víctima con el agresor (McLean, & Gallop, 2003), el tiempo que ha pasado desde la agresión (Echeburúa, de Corral, & Amor, 1998) y la existencia de otras vulneraciones presentes en la víctima además del abuso (Finkelhor, Ormrod, & Turner, 2007; Guerra, Ocaranza, & Weinberger, 2016; Guerra, Pereda, Guilera, Abad, 2016). También se ha dado importancia a variables cognitivas como la percepción de apoyo social (Murthi, & Espelage, 2005), las atribuciones de culpa (Cantón-Cortés, Cantón, Justicia, & Cortés, 2011; Celano, 1992; Spaccarelli, 1995), las estrategias de afrontamiento utilizadas por la víctima (Najdowski, & Ullman, 2009) y la autoeficacia (Diehl, & Prout, 2002).

En lo específico del TEPT en violencia sexual, se ha sugerido que habría un peor ajuste psicológico en aquellas situaciones de mayor cronicidad, gravedad, compromiso físico y familiaridad entre agresor y víctima (Chromy, 2006; Lemieux, & Byers, 2008; McLean, & Gallop, 2003). No obstante, otras investigaciones no dan cuenta de una relación directa entre estas variables y el TEPT (Cantón-Cortés et al., 2011; Guerra, & Farkas, 2015; Oddone Paolucci et al., 2001).

También se ha señalado que las experiencias traumáticas afectan las creencias de las víctimas, las cuales tienen un efecto en el ajuste emocional al trauma (Jaycox, Zoellner, & Foa, 2002). En este ámbito ha cobrado fuerza el estudio de las creencias de autoeficacia en relación con los acontecimientos potencialmente traumáticos. Este

constructo ha sido descrito como la capacidad percibida para gestionar el funcionamiento personal en relación a las exigencias derivadas de las secuelas ocasionadas por situaciones tales como la violencia, los accidentes y los desastres (Benight, & Bandura, 2004). Esta sensación de control y dominio es una cognición central en el ajuste posterior a los eventos traumáticos, ya que ha demostrado ser un predictor relevante en la disminución de la sintomatología del TEPT (Benigh, Ruzek, & Waldrep, 2008; Luszczynska, Benight, & Cieslak, 2009), no obstante, al tratarse de un proceso bidireccional, también la intensidad y/o cronicidad del TEPT podría disminuir la percepción de autoeficacia (Bosmans, & van der Velden, 2015).

Por último, se ha dado relevancia al rol del apoyo social en las respuestas frente a estas vulneraciones. El apoyo social se refiere a la percepción de un individuo respecto que sus redes de apoyo se preocupan y mantienen cuidado por éste, permitiendo a una víctima modificar la interpretación de la experiencia traumática y facilitando su recuperación a través de las interacciones con personas de su red interpersonal (Dubow, & Tisak, 1989). El apoyo social ha sido identificado como un factor protector en el desarrollo de síntomas y en un mejor ajuste psicológico en los sobrevivientes de diferentes tipos de abuso de niños, incluido el abuso sexual infantil (Esposito, & Clum 2002; Lamis, Wilson, King, & Kaslow, 2014; Ullman, & Filipas, 2005).

Distintos abordajes para el estudio de la resiliencia

Para Masten (2001) el estudio de la resiliencia puede ser realizado al menos de dos formas complementarias entre sí: Con foco en las variables o con foco en las personas. El estudio de la resiliencia focalizado en las variables busca, mediante análisis multivariados, la identificación de asociaciones entre variables específicas y medidas de ajuste psicológico en víctimas de eventos traumáticos. Al centrarse en la interacción entre variables los estudios permiten aislar el efecto específico de cada variable en el ajuste psicológico. No obstante, este enfoque puede parcializar demasiado el análisis, perdiendo la visión de la víctima como ser humano integral y, por tanto, alejarse de lo que ocurre en la realidad con las personas que viven eventos traumáticos.

El enfoque centrado en las personas mantiene las variables ensambladas en configuraciones de origen natural y, por tanto, se adapta bien a la búsqueda de perfiles diferenciados de víctimas, lo que puede ser de mucha utilidad a la hora de diseñar programas de tratamiento específicos según las características de los pacientes (Masten, 2001).

Si bien, es innegable el aporte de los estudios citados previamente en el presente artículo, la gran mayoría de ellos ha utilizado el enfoque centrado en la variable, descuidando el estudio centrado en la persona. Por esta razón, este estudio pretende abordar la variabilidad de la sintomatología poniendo el foco en la persona. El objetivo del estudio es identificar distintos perfiles de las víctimas de acuerdo a su sintomatología de TEPT. Luego, se pretende caracterizar y comparar los perfiles según variables demográficas, variables asociadas al abuso sexual vivido y variables cognitivas (autoeficacia y apoyo social percibido). Se esperó identificar al menos dos grupos de víctima con distinto nivel de sintomatología. Adicionalmente se esperó que el grupo con mayor sintomatología concentre a los adolescentes que fueron víctimas de abusos más graves y a los adolescentes con menos autoeficacia y menos apoyo percibido.

La relevancia de la presente investigación queda establecida al menos a dos niveles. Un primer nivel empírico, ya que permitirá comparar los hallazgos de este estudio (centrado en la persona) con los de estudios previos (centrados en la variable) de forma de enriquecer el entendimiento de las diferentes reacciones al abuso sexual. Un segundo nivel eminentemente práctico y de relevancia local, dado que contribuye a un requerimiento de SENAME (2015b), como es la necesidad de diferenciar la intervención para víctimas de violencia sexual, en consideración a variable como la edad, el sexo del niño, la cronicidad y la gravedad de la violencia, el nivel de daño asociado al abuso y la relación de la víctima con el agresor. Surge entonces, la necesidad de generar evidencia que permita complejizar el debate dirigido a la elaboración de planes de tratamiento más específicos para las víctimas de violencia sexual en Chile.

Método

Participantes

En este estudio participaron 123 adolescentes víctimas de abuso sexual que se encontraban en el proceso de evaluación psicológica previo al inicio de un proceso de intervención psicoterapéutica reparatoria en centros especializados entre la III y V Regiones de Chile. Los adolescentes tenían entre 12 y 17 años ($M = 14.13$; $DT = 1.75$) y eran mayoritariamente de género femenino (90.2% mujeres y 9.8% varones). Todos los participantes se encontraban escolarizados al momento de participar del estudio: el 61.9% en colegios municipales, el 35.6% en colegios particulares subvencionados, mientras que solo el 2.5% en particulares privados.

Respecto a las características del abuso sexual, el 61%

sufrió abuso sexual sin penetración en tanto que el 39% con penetración. El 65.9% fue abusado sexualmente por un miembro de su familia, el 29.3% por una persona externa a su familia pero conocido por el adolescente y solo el 4.9% fue abusado por una persona desconocida. El 26.8% había sido agredido en una sola oportunidad, 27.6% entre 2 y 5 veces, en tanto el 45.5% había sido agredido más de 5 veces. En el 35% de los participantes existían antecedentes de acontecimientos traumáticos adicionales (duelo, maltrato infantil, acoso escolar). Ninguno de las participantes se encontraba con tratamiento farmacológico para disminuir la sintomatología.

Instrumentos

Ficha de antecedentes personales y referidos a las agresiones sexuales vividas por el adolescente

Se le pidió a los psicólogos a cargo del proceso de psicoterapia de los adolescentes que indicara la edad del adolescente, sus antecedentes académicos, hace cuánto tiempo había sido el último episodio de agresión sexual (1 = Menos de 1 mes; 2 = Entre 1 y 6 meses; 3 = Entre 6 meses y 1 año; 4 = Entre 1 y 2 años), latencia entre el inicio de los abusos y la revelación (meses), la frecuencia de las agresiones sexuales (1 = 1 vez; 2 = Entre 2 a 5 episodios; 3 = Más de 5 veces), la relación entre el adolescente y el agresor (1 = agresor intrafamiliar; 2 = agresor extra familiar pero conocido; 3 = agresor desconocido); la violencia utilizada por el agresor (escala de 1 = Baja a 5 = Alta) y la existencia de otros eventos vitales traumáticos dentro de los últimos 2 años que podrían explicar la sintomatología (1 = No; 2 = Sí).

Escala Infantil de síntomas de Estrés Postraumático (Foa, Johnson, Feeny, & Treadwell, 2001, adaptada a Chile por Bustos, Rincón, & Aedo, 2009)

Se trata de una escala de auto reporte que evalúa la frecuencia de síntomas de estrés postraumático durante las últimas dos semanas. El formato de respuesta es en escala tipo Lickert donde 0 = Nunca y 4 = 9 veces o más. Un estudio chileno que evaluó la estructura factorial de la escala (Rincón et al., 2014) indica que la escala posee tres puntuaciones referidas a grupos de síntomas específicos: intrusivos (5 ítems), evitativos (6 ítems) y de aumento de la activación fisiológica (5 ítems). La puntuación de cada subescala se obtiene de la sumatoria de todos los ítems, de este modo la puntuación posible varía entre 0 y 20 para intrusión y para activación, en tanto que varía entre 0 y 24 para evitación. En todos los casos a mayor puntuación mayor es la frecuencia de la sintomatología. En este estudio las tres subescalas mostraron una adecuada consistencia interna (alfa de Cronbach de 0.74, 0.85 y 0.79 respectivamente).

Escala de Apoyo Social Percibido (Zimet, Dahlem, Zimety, & Farley, 1988), adaptada para Chile por Arechabala y Miranda (2002).

Posee 12 ítems que evalúan la percepción del adolescente de la calidad del apoyo recibido de su entorno. El formato de respuestas varía entre 1 = Casi nunca, y 4 = Siempre o casi siempre. El puntaje total se obtiene de la sumatoria todas las respuestas, por tanto varía entre 12 y 48 (a mayor puntuación mayor apoyo percibido). En este estudio la escala presentó alfa de Cronbach de 0.82.

Escala de Autoeficacia General (Schwarzer, & Jerusalem, 1995), traducida al español por Baessler y Schwarzer (1996).

La escala está conformada por un factor único de 10 ítems. El formato de respuesta es auto aplicado. Cada ítem evalúa la autoeficacia de la persona para enfrentar situaciones difíciles. La escala ofrece 4 alternativas donde 1 = incorrecto, y 4 = cierto. El puntaje total se obtiene de la sumatoria de los puntajes dados a cada ítem (valores posibles entre 10 y 40). A mayor puntaje mayor autoeficacia general percibida. Cid, Orellana y Barriga (2010) evalúan las propiedades psicométricas de la escala en Chile en una muestra de adolescentes y adultos y concluyen que la escala posee adecuada consistencia interna y validez convergente. Considerando que Bandura (2006) propone especificar el contexto en el que se evalúa la autoeficacia, se le pidió al adolescente que indique su autoeficacia percibida para enfrentar el abuso sexual vivido. La escala presentó un alfa de Cronbach de 0.84 en este estudio.

Procedimiento

El proyecto fue aprobado independientemente por el Comité de Ética de la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile, y por los comités técnicos de dos instituciones que administran centros de atención a víctimas de abuso sexual. Se pidió el consentimiento informado de los tutores legales y el asentimiento a los propios adolescentes antes de iniciar el estudio.

Siguiendo el procedimiento sugerido por Guerra y Pereda (2015b), para evitar someter a los participantes a preguntas potencialmente revictimizantes referidas a su historia de abuso sexual, se pidió a sus respectivos terapeutas que proporcionaran antecedentes referidos al abuso sexual en base a la información disponible en la ficha clínica. Solo participaron adolescentes de los cuales se tenían antecedentes fiables de su historia de abuso. Así

mismo, para evitar el contacto entre investigadores desconocidos para los adolescentes, sus propios terapeutas aplicaron la batería de auto informes en un contexto individual resguardando la confidencialidad y seguridad de los participantes.

Análisis de datos

En primer lugar se realizó un análisis de conglomerados jerárquico con las puntuaciones estandarizadas de los síntomas intrusivos, evitativos y de aumento de la activación fisiológica. Como medida de similitud entre los distintos conglomerados se utilizó la distancia euclídea al cuadrado y como procedimiento de agrupación se utilizó el método de Ward.

En segundo lugar se realizó una descripción y tipificación de cada conglomerado en base a sus puntuaciones medias de intrusión, evitación y activación fisiológica. Finalmente, por medio de análisis bivariados (ANOVA y Chi cuadrado) se exploró las diferencias entre los perfiles resultantes en base a variables demográficas (género y edad), a variables referidas al abuso sexual (tipo de abuso, relación con el agresor, frecuencia, tiempo desde el último episodio de abuso, violencia utilizada por el agresor, latencia de la revelación y existencia de otros eventos traumáticos) y a variables cognitivas (autoeficacia y percepción de apoyo social).

Todos los análisis fueron realizados con el programa estadístico SPSS (IBM Corporation, 2012).

Resultados

Selección de conglomerados

En la Figura 1 se aprecia el dendograma, que permite ver el proceso de agrupación de los participantes en pasos sucesivos, primero considerando a todos los sujetos por separado (1 sujeto = 1 grupo) hasta el extremo de agruparlos todos en un solo grupo. En este caso el dendograma sugiere que la agrupación de los adolescentes más apropiada sería en tres conglomerados diferentes. Dentro de cada grupo se consideró a los adolescentes más parecidos entre sí en el nivel de sintomatología intrusiva, evitativa y de aumento de la activación fisiológica. De este modo, al interior de cada grupo se encuentran adolescentes con un nivel similar de sintomatología. A su vez los niveles de sintomatología son diferentes en los tres grupos.

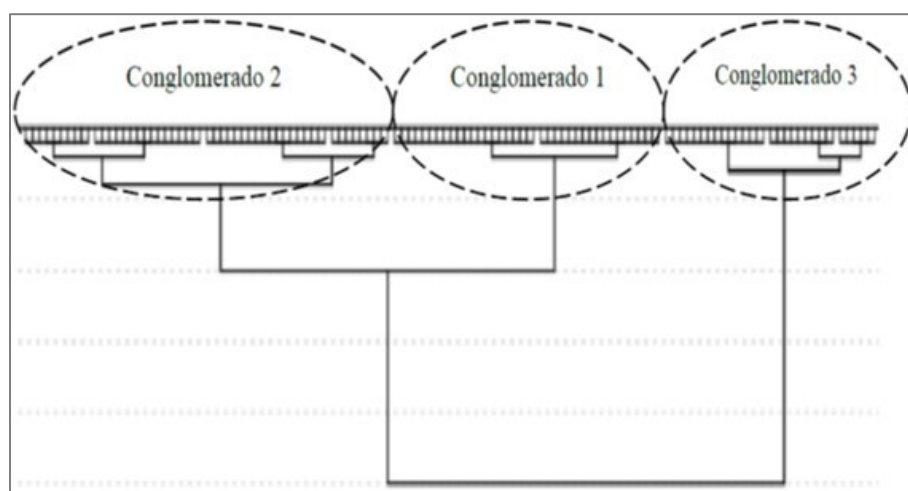


Figura 1

Dendrograma que utiliza la vinculación de Ward (n = 123)

Fuente: Elaboración propia.

Para poder describir a los tres conglomerados en función de su sintomatología intrusiva, evitativa y de aumento de la activación, fue necesario ajustar las puntuaciones obtenidas por los adolescentes de los tres conglomerados en estas tres subescalas, dado que poseen distinto número de ítems (5, 6 y 5 ítems respectivamente). Para ajustar las medidas se dividió la puntuación obtenida por cada adolescente en las subescalas en su respectivo número de ítems. De este modo las tres subescalas arrojan puntuaciones equivalentes, donde: 0 = Sin sintomatología, 1 = Baja sintomatología, 2 = Moderada sintomatología, 3 = Alta sintomatología; 4 = Sintomatología muy alta. En la Tabla 1 se observa el detalle de puntuaciones directas y ajustadas al interior de cada conglomerado.

El conglomerado 1 quedó compuesto por 39 adolescentes que presentaban alta sintomatología intrusiva, evitativa y de aumento de la activación fisiológica. El conglomerado 2, formado por 53 adolescentes que presentaron sintomatología moderada de intrusión y evitación, en tanto la sintomatología de aumento de la activación se aproximó al rango alto.

Finalmente, el conglomerado 3 fue conformado por los

31 adolescentes que presentaban baja sintomatología intrusiva, evitativa y de aumento de la activación. Tal como se esperaba, las diferencias en los niveles de sintomatología intrusiva ($F(2) = 163,992$; $p < 0.01$), evitativa ($F(2) = 53,586$; $p < 0.01$) y de aumento de la activación ($F(2) = 159,577$; $p < 0,01$) son significativas entre los conglomerados.

Para una mayor comprensión de los distintos perfiles de los adolescentes de cada conglomerado, se analizó su relación con variables demográficas, vinculadas al abuso sufrido y variables cognitivas (el detalle se aprecia en la Tabla 2).

En primer lugar, se aprecia una media de edad similar en los tres conglomerados ($F(2) = 0.761$; $p > 0.05$). Respecto al género, existe una variación significativa entre los conglomerados ($\chi^2(2) = 7.750$; $p < 0.05$).

Mientras las mujeres se distribuyen entre los tres conglomerados, la mayoría de los varones se concentra en el conglomerado 3 (baja sintomatología) haciendo que su proporción sea mayor respecto de los conglomerados de moderada y alta sintomatología (23% vs. 5%).

Tabla 1

Puntuaciones directas y ajustadas de sintomatología en los tres conglomerados

	Intrusión		Activación		Evitación	
	Directa	Ajustada	Directa	Ajustada	Directa	Ajustada
	M (DT)	M (DT)	M (DT)	M (DT)	M (DT)	M (DT)
Conglomerado 1	17,03 (1,78)	3,41 (0,36)	17,67 (2,89)	2,94 (0,48)	17,46 (2,22)	3,49 (0,44)
Conglomerado 2	9,77 (3,30)	1,95 (0,66)	12,92 (5,17)	2,15 (0,86)	13,68 (2,94)	2,74 (0,59)
Conglomerado 3	4,61 (3,26)	0,92 (0,65)	6,61 (4,68)	1,10 (0,78)	5,06 (3,62)	1,01 (0,72)

Fuente: Elaboración propia

Tabla 2

Caracterización de los conglomerados en base a variables demográficas, contextuales y cognitivas

	Conglomerado 1	Conglomerado 2	Conglomerado 3
Sintomatología	Alta	Moderada	Baja
Género			
Femenino	94.9%	94.3%	77.4%
Masculino	5.1%	5.7%	22.6%
Edad Media (DT)	14.31 (1.78)	14.19 (1.82)	13.81 (1.58)
Tipo Abuso			
Sin penetración	64.1%	60.4%	58.1%
Con Penetración	35.9%	39.6%	41.9%
Relación agresor			
Intrafamiliar	53.8%	71.7%	71.0%
Conocido	41.0%	22.6%	25.8%
Desconocido	5.1%	5.7%	3.2%
Frecuencia abuso			
1 vez	25.6%	32.1%	19.4%
2 a 5 veces	33.3%	28.3%	19.4%
Más de 5 veces	41.0%	39.6%	61.3%
Tiempo Media (DT)	2.97 (0.96)	2.85 (0.93)	3.16 (0.93)
Violencia Media (DT)	2.69 (1.22)	2.83 (1.17)	2.65 (1.20)
Latencia Media (DT)	31.65 (35.39)	24.30 (31.41)	20.43 (23.95)
Otros traumas			
Sí	71.8%	62.3%	61.3%
No	28.2%	37.7%	38.7%
Autoeficacia Media (DT)	24.72 (6.22)	27.06 (5.76)	29.61 (5.10)
Apoyo percibido Media (DT)	32.59 (7.10)	36.30 (7.17)	37.90 (6.64)

Fuente: Elaboración propia

Respecto a las variables vinculadas al abuso sexual sufrido, existe una distribución similar de abusos sexuales sin penetración y con penetración ($\chi^2(2) = 0,279$; $p > 0,05$) al interior de los tres conglomerados.

Caracterización de los conglomerados

No existe una diferencia significativa en el nivel de relación existente entre la víctima con el agresor al interior de los tres conglomerados ($\chi^2(4) = 0.4261$; $p > 0.05$). En todos los conglomerados la mayoría de los casos corresponden a abuso intrafamiliar, seguido por abuso por parte de un conocido y finalmente abuso por parte de un desconocido. No obstante, aun cuando no se alcanza la significación estadística, llama la atención que en el conglomerado de alta sintomatología el abuso intrafamiliar sea menos frecuente (54%) que en los conglomerados de moderada y baja sintomatología (70%).

Por su parte, la frecuencia del abuso se distribuye de forma similar entre los tres conglomerados ($\chi^2(4) = 4.717$; $p > 0.05$). Pese a que no existe una diferencia significativa

entre los tres conglomerados llama la atención que el mayor porcentaje de adolescentes del grupo de baja sintomatología (61%) ha sido abusado de forma crónica (en más de 5 oportunidades).

No se aprecian diferencias en el tiempo transcurrido desde el último episodio de abuso entre los tres grupos de adolescentes ($F(2) = 1.081$; $p > 0,05$), en el nivel de violencia utilizado por el agresor ($F(2) = 0.280$; $p > 0.05$), en la latencia entre el inicio de los abusos y la revelación ($F(2) = 0.933$; $p > 0.05$), ni tampoco en la existencia de otros eventos traumáticos ($\chi^2(2) = 1.154$; $p > 0.05$).

Por otro lado, al caracterizar cada conglomerado en función de variables cognitivas se aprecia que las puntuaciones promedio de autoeficacia varían significativamente entre los conglomerados ($F(2) = 6.255$; $p < 0.01$). Análisis post hoc con la prueba de Bonferroni permiten precisar que la diferencia se encuentra únicamente entre el conglomerado 1 y 3 ($p < 0,01$), de forma que los adolescentes con menor autoeficacia se concentran en el conglomerado de alta sintomatología y los con mayor autoeficacia en el de baja sintomatología.

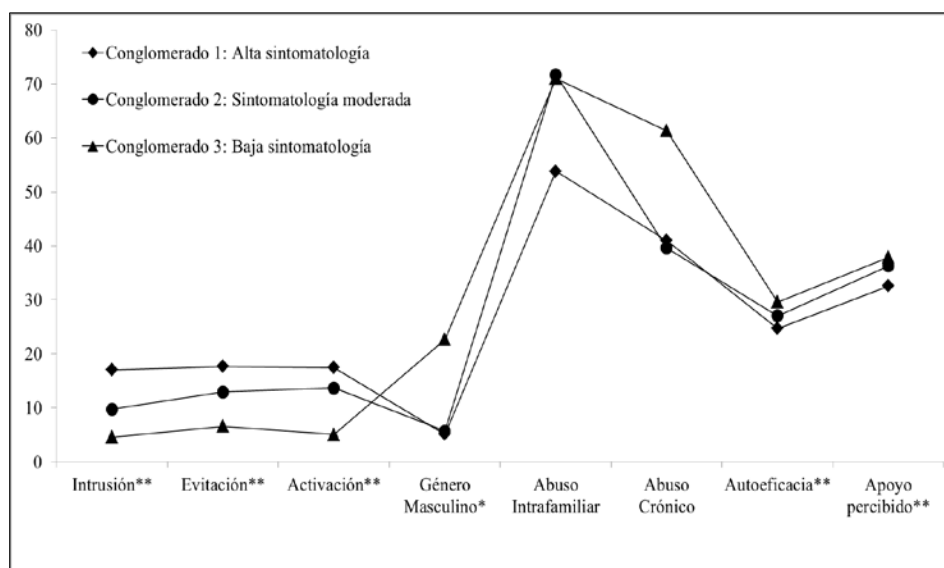


Figura 2.

Perfiles diferenciados de sintomatología de TEPT.

Nota: En las variables Intrusión, evitación, activación, autoeficacia y apoyo percibido los valores corresponden a la media. En cambio, en género masculino, abuso intrafamiliar y abuso crónico se representan porcentajes. * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$.

Finalmente, los resultados dan cuenta de que las puntuaciones de apoyo social percibido también difieren entre los conglomerados ($F(2) = 5,517$; $p < 0,01$). Los análisis con la prueba de Bonferroni indican que los adolescentes del conglomerado de alta sintomatología perciben menor apoyo social que los del conglomerado de moderada sintomatología ($p < 0,05$) y que los del conglomerado de baja sintomatología ($p < 0,01$). En cambio, no se aprecian diferencias significativas en la percepción de apoyo social entre el conglomerado 2 y 3.

La Figura 2 muestra los perfiles de los distintos conglomerados. Únicamente se incluyeron aquellas variables que permiten diferenciar a los tres grupos de adolescentes ya sea por presentar diferencias estadísticamente significativas o una tendencia clínicamente relevante.

Discusión

Este estudio pretendió contribuir a la comprensión de la alta variabilidad existente en la sintomatología experimentada por distintas víctimas de abuso sexual. A diferencia de estudios previos, que abordan esta problemática centrados en el comportamiento de variables específicas (Bal et al., 2003; Lynskey, & Fergusson, 1997), este estudio se centró en el estudio de las características o perfiles de los sujetos desde el enfoque de la persona (Masten, 2001). El objetivo fue

evaluar, de modo empírico, distintos perfiles de adolescentes que han sufrido abusos sexuales de acuerdo a su sintomatología. Tal como sugiere la literatura (Echeburúa et al., 1998) se esperó encontrar grupos con distinto nivel de sintomatología de TEPT.

Los resultados van de acuerdo a lo esperado ya que dan cuenta de 3 conglomerados que agrupan, respectivamente, a adolescentes con alta, moderada y baja sintomatología intrusiva, evitativa y de aumento de la activación fisiológica. Estos tres grupos se diferencian significativamente en la distribución del género, en las creencias de autoeficacia y en el apoyo social percibido por sus integrantes. Además, aun cuando las diferencias no son significativas, se aprecian tendencias de relevancia clínica en el caso de la relación con el agresor y la frecuencia de los abusos.

En relación al género de los adolescentes, se aprecia que los varones tienden a agruparse en el conglomerado de baja sintomatología. Este resultado es compatible con evidencia previa, dado que se ha establecido un nivel de riesgo más alto de TEPT en mujeres (Tolin, & Foa, 2006), siendo este riesgo aún más alto en situaciones de abusos sexuales (Hoffmann, 2002). Pese a ello, hay que considerar que la evidencia previa indica que los varones tienden a revelar el abuso en menor proporción que las mujeres (Arredondo, Saavedra, Troncoso, & Guerra, 2015), lo que deja en suspenso saber cuál es la intensidad del TEPT en varones que no han revelado los abusos sufridos. En este estudio únicamente se trabajó con

adolescentes que habían revelado el abuso y que se encontraban iniciando un proceso psicoterapéutico y, efectivamente, la proporción de varones fue bastante reducida. Del mismo modo hay evidencia de que los varones presentarían mayor incidencia que sus pares de género femenino en los trastornos externalizantes (Manly, Oshri, Lynch, Herzog, & Wortel, 2013), no obstante este estudio únicamente se centró en el TEPT.

Futuros estudios debieran aumentar los esfuerzos por obtener una mayor muestra de adolescentes varones y considerar la inclusión de una mayor amplitud de trastornos psicológicos, antes de sacar conclusiones más definitivas. Por el momento, estos resultados dan cuenta de la utilidad de pensar en tratamientos diferenciados para el TEPT en víctimas de género masculino y femenino.

Respecto a la relación con el agresor, aun cuando no es estadísticamente significativa, se aprecia que la menor proporción de abuso intrafamiliar se encuentra en el grupo de alta sintomatología. Aunque la mayoría de los adolescentes son abusados por miembros de su familia, estos resultados sugieren que el abuso intrafamiliar estaría asociado a menor sintomatología de estrés postraumático, probablemente debido a que el abuso intrafamiliar tiende a ser más gradual y crónico, haciendo más difícil que la víctima reconozca la situación como abusiva, lo que se constituye como otra forma de daño, distinta al TEPT pero igualmente perjudicial para el desarrollo de los adolescentes (Perrone, & Nannini, 1997).

Coherente con lo anterior, en este estudio se apreció que la mayor proporción de adolescentes víctimas de abuso crónico se agrupó en el conglomerado de baja sintomatología. Este resultado no fue estadísticamente significativo, pero sí de relevancia clínica ya que es contrario a la suposición de que a mayor número de abusos mayor debiera ser el trauma. Este resultado puede ser explicado desde la lógica del síndrome de acomodación (Summitt, 1983). En el contexto intrafamiliar, donde los abusos se cronifican, el abusador utilizaría estrategias de engaño-coerción por sobre estrategias de orden punitivo (Plaza, Beraud, & Valenzuela, 2014), lo que llevaría a la víctima a una negación de la experiencia y al enmascaramiento de los síntomas mediante sintomatología disociativa (London, Bruck, & Ceci, 2005). Teniendo estos elementos en cuenta, no sorprende un menor nivel de TEPT en víctimas de abuso intrafamiliar.

Por otro lado, los adolescentes de los 3 conglomerados no se diferenciaron mayormente en su edad, tipo de abuso sexual sufrido, tiempo transcurrido desde el último episodio de abuso, latencia de la revelación, violencia

utilizada por el agresor y existencia de otros eventos traumáticos en los últimos 2 años. Si bien esto contradice el planteamiento de estudios previos (Chromy, 2006; Echeburúa et al, 1998; Lemieux, & Byers, 2008) va en la línea de un reciente estudio chileno, centrado en las variables, que concluyó que las características del abuso no tendrían un efecto directo sobre la sintomatología sino que estaría mediado por variables cognitivas y contextuales (Guerra, & Farkas, 2015). Desde este punto de vista, se considera que las características del abuso, como por ejemplo la violencia utilizada por el agresor, pudiese mermar algunos recursos cognitivos como la autoeficacia y las estrategias de afrontamiento y, por esa vía, afectar la salud mental de la víctima. En efecto, en este estudio se observó que los adolescentes con alto sentido de autoeficacia para enfrentar el abuso sexual vivido y que perciben alto apoyo de su entorno tienden a agruparse en el conglomerado de baja sintomatología, lo que hace viable suponer la posibilidad de que el abuso genere efectos indirectos en la sintomatología, mediados o moderados por factores como la autoeficacia o el apoyo social. Futuros estudios en el área deberán profundizar en estos planteamientos y determinar el eventual rol de variables cognitivas y de contexto como las observadas en este estudio.

Pese a los aportes del estudio hay que señalar una serie de limitaciones. Primero, se trabajó con una muestra intencionada de reducido tamaño, lo que no permite la generalización de los resultados. Sería interesante a futuro trabajar en otras regiones del país, donde se logre reclutar a una muestra mayor de adolescentes (especialmente de varones) pertenecientes a la población general. Segundo, únicamente se consideró la sintomatología de TEPT, sin tener acceso a otros tipos de síntoma. Esto es una limitación ya que para la identificación más rigurosa de perfiles de víctimas de acuerdo a su sintomatología habría que considerar otros tipos de psicopatología que podría presentarse en comorbilidad con el TEPT (por ejemplo la disociación y la sintomatología externalizadora). En tercer lugar, este estudio únicamente considera la sintomatología presente al inicio del tratamiento. Dado que la sintomatología de las víctimas de abuso sexual suele variar a lo largo del tiempo (Pereda, 2010), pudiese ser que los perfiles obtenidos varíen en otras etapas de la intervención. De este modo sería interesante realizar estudios longitudinales que se hagan cargo de esta posible variación en los síntomas.

El fenómeno del abuso sexual infantojuvenil es de alta complejidad. Es necesario continuar profundizando en el entendimiento del proceso de desarrollo de sintomatología desde diferentes perspectivas metodológicas, ya sea con el foco puesto en la variable o

en las personas. Futuros estudios nacionales en el área debieran continuar con el esfuerzo de delimitar los distintos perfiles de víctimas que puedan verse beneficiadas por estrategias de intervención particulares, tal como aspira SENAME (2015b). Si bien este estudio es acotado en sus resultados y presenta limitaciones igualmente aporta en esta línea.

Los resultados dan cuenta de distintos perfiles de sintomatología de TEPT, diferenciados en su gravedad, en variables asociadas al abuso y en variables cognitivas. Esto sugiere la necesidad de complejizar la discusión y eventualmente en el futuro reunir evidencia suficiente para diseñar tratamientos específicos para los distintos perfiles de víctimas chilenas, por ejemplo con un mayor énfasis en la intervención social protectora, como complemento de la psicoterapia, en los casos de mayor sintomatología (por el bajo apoyo social que reportan) y más centrado en la psicoterapia en los casos de menor sintomatología (por la mayor autoeficacia reportada). Esto podría optimizar los siempre escasos recursos estatales para hacer frente a la creciente demanda de intervenciones reparatorias en casos de abuso sexual en Chile. Eso sí, también se debe considerar el riesgo que puede tener en la calidad de la atención psicoterapéutica la rigidización o manualización extrema de los tratamientos (Primero, & Moriana, 2011). Lo que se plantea con este estudio no es eso, sino que la necesidad de visibilizar algunas variables críticas en relación a la sintomatología de TEPT que sean consideradas por los encargados de la política pública y por los terapeutas. Son los terapeutas los que tienen, en última instancia, el deber de adaptar y aplicar con criterio la política pública y los resultados de estudios empíricos a cada caso en particular. Por otro lado, es deber de investigadores y gestores de la política pública el entregar orientaciones claras a los terapeutas respecto de algunos factores de relevancia para la intervención.

Referencias

- Arechabala, M., & Miranda, C. (2002). Validación de una Escala de Apoyo Social Percibido en un grupo de adultos mayores adscritos a un programa de hipertensión de la Región Metropolitana. *Ciencia y Enfermería*, 8(1), 49-55. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532002000100007>
- Arredondo, V., Saavedra, C., Troncoso, C., & Guerra, C. (2016). Develación del abuso sexual en niños y niñas atendidos en la Corporación Paicabi. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 14(1), 385-99.
- Baessler, J., & Schwarzer, R. (1996). Evaluación de la autoeficacia: Adaptación española de la escala de autoeficacia general. *Ansiedad y Estrés*, 2(1), 1-8.
- Baita, S. (2004). Defensa disociativa en niños y adolescentes que sufrieron abuso sexual infantil. *Revista de Psicotrauma para Iberoamérica*, 3(1), 34-41.
- Bal, S., Crombez, G., Van Oost, P., & De Bourdeaudhuij, I. (2003). The role of social support in well-being and coping with self-reported stressful events in adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 27(8), 1377-95. <http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2003.06.002>
- Bandura, A. (2006). Adolescent development from an agentic perspective, In F. Pajares, & T. Urdan (Eds.), *Self-efficacy beliefs of adolescents* (vol. 5, pp. 1-43). Greenwich, CT: IAP-Information Age Publishing.
- Benight, C., & Bandura, A. (2004). Social cognitive theory of posttraumatic recovery: The role of perceived self-efficacy. *Behavior Research and Therapy*, 42(10), 1129-48. <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2003.08.008>
- Benight, Ch., Ruzek, J., Waldrep, E. (2008). Internet interventions for traumatic stress: A review and theoretically based example. *Journal of Traumatic Stress*, 21(6), 513-20. <http://dx.doi.org/10.1002/jts.20371>
- Bosmans, M., & van der Velden, P. (2015). Longitudinal interplay between posttraumatic stress symptoms and coping self-efficacy: A four-wave prospective study. *Social Science & Medicine*, 134, 23-9. <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.04.007>
- Bustos, P., Rincón, P., & Aedo, J. (2009). Validación preliminar de la Escala Infantil de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (Child PTSD Symptom Scale, CPSS) en niños/as y adolescentes víctimas de violencia sexual. *Psykhé (Santiago)*, 18(2), 113-26. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-22282009000200008>
- Cantón-Cortés, D., Cantón, J., Justicia, F., & Cortés, M. (2011). 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. *Psicothema*, 23(1), 66-73.
- Capella, C., & Gutiérrez, C. (2014). Psicoterapia con niños/as y adolescentes que han sido víctimas de agresiones sexuales: Sobre la reparación, la resignificación y la superación. *Psicoperspectivas*, 13(2), 93-105. <http://dx.doi.org/10.5027/PSICOPERSPECTIVAS-VOL13-ISSUE3-FULLTEXT-348>

- Celano, M. (1992). A developmental model of victim's internal attributions of responsibility for sexual abuse. *Journal of Interpersonal Violence*, 7(1), 57-69.
<http://dx.doi.org/10.1177/088626092007001005>
- Chromy, S. (2006). Sexually abused children who exhibit sexual behavior problems: Victimization characteristics. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 7(1), 25-33.
<http://dx.doi.org/10.1093/brief-treatment/mhl019>
- Cid, P., Orellana A., & Barriga, O. (2010). Validación de la escala de autoeficacia general en Chile. *Revista Médica de Chile*, 138(5), 551-57.
<http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872010000500004>
- Cogle, J., Timpano, K., Sachs-Ericsson, N., Keough, M., & Riccardi, C. (2010). Examining the unique relationships between anxiety disorders and childhood physical and sexual abuse in the National Comorbidity Survey-Replication. *Psychiatry Research*, 177(1-2), 150-5.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2009.03.008>
- Diehl, A., & Prout, M. (2002). Effects of posttraumatic stress disorder and child sexual abuse on self-efficacy development. *American Journal of Orthopsychiatry*, 72(2), 262-65.
<http://dx.doi.org/10.1037/0002-9432.72.2.262>
- Dubow, E., & Tisak, J. (1989). The relation between stressful life events and adjustment in elementary school children: The role of social support and social problem solving skills. *Child Development*, 60(6), 1412-23.
<http://dx.doi.org/10.2307/1130931>
- Echeburúa, E., & Guerricaechevarría, C. (2005). Concepto, factores de riesgo y efectos psicopatológicos del abuso sexual infantil, en J. Sanmartín (ed), *Violencia contra los niños* (pp. 86-112). 3a. ed. Barcelona: Ariel.
- Echeburúa, E., de Corral, P., & Amor, P. (1998). Perfiles diferenciales del Trastorno de Estrés Postraumático en distintos tipos de víctimas. *Análisis y Modificación de Conducta*, 24(96), 527-55.
- Edmond, T., Auslander, W., Elze, D., & Bowland, S. (2006). Signs of resilience in sexually abused adolescent girls in the foster care system. *Journal of Child Sexual Abuse*, 15(1), 1-28.
http://dx.doi.org/10.1300/J070v15n01_01
- Esposito C., & Clum, G. (2002). Social support and problem-solving as moderators of the relationship between childhood abuse and suicidality: Applications to a delinquent population. *Journal of Traumatic Stress*, 15(2), 137-46.
<http://dx.doi.org/10.1023/A:1014860024980>
- Finkelhor, D., Ormrod, R., & Turner, H. (2007). Revictimization patterns in a national longitudinal sample of children and youth. *Child Abuse & Neglect* 31(5), 479-502.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2006.03.012>
- Finkelhor, D., & Berliner, L. (1995). Research on the treatment of sexually abused children: A review and recommendations. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 34(11), 1408-23. <http://dx.doi.org/10.1097/00004583-199511000-00007>
- Foa, E., Johnson, K., Feeny, N., & Treadwell, K. (2001). The Child PTSD Symptom Scale: A preliminary examination of its psychometric properties. *Journal of Clinical Child Psychology*, 30(3), 376-84.
http://dx.doi.org/10.1207/S15374424JCCP3003_9
- Freeman K., & Morris, T. (2001). A review of conceptual models explaining the effects of child sexual abuse. *Aggression and Violent Behavior*, 6(4), 357-73.
[http://dx.doi.org/10.1016/S1359-1789\(99\)00008-7](http://dx.doi.org/10.1016/S1359-1789(99)00008-7)
- Guerra, C., & Farkas, Ch. (2015). Sintomatología en víctimas de abuso sexual: ¿son importantes las características "objetivas" del abuso? *Revista de Psicología*, 24(2), 1-19.
<http://dx.doi.org/10.5354/0719-0581.2015.38013>
- Guerra, C., & Pereda, N. (2015a). Abuso sexual infantil: Definiciones, tipología y magnitud del fenómeno, en V. Arredondo (Ed.), *Abuso sexual infantil: elementos básicos para su comprensión* (pp. 26-57). Viña del Mar: Paicabi.
- Guerra, C., & Pereda, N. (2015b). Research with adolescent victims of child sexual abuse: Evaluation of emotional impact on participants. *Journal of Child Sexual Abuse*, 24(8), 943-58.
<http://dx.doi.org/10.1080/10538712.2015.1092006>
- Guerra, C., Ocaranza, C., & Weinberger, K. (2016). Searching for social support moderates the relationship between polyvictimization and externalizing symptoms: A brief report. *Journal of Interpersonal Violence*.
<http://dx.doi.org/10.1177/0886260516642293>
- Guerra, C., & Pereda, N., Guilera, G., & Abad, J. (2016). Internalizing symptoms and polyvictimization in a clinical sample of adolescents: The roles of social support and non-productive coping strategies. *Child Abuse & Neglect*, 54, 57-65.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2016.03.004>
- Hoffmann, W. (2002). The incidence of traumatic events and trauma-associated symptoms/experiences amongst tertiary students. *South African Journal of Psychology*, 32(4), 48-53.

- <http://dx.doi.org/10.1177/008124630203200406>
- Houshyar, S., & Kaufman, J. (2005). Resiliency in maltreated children. In S. Goldstein and R. Brooks (Eds.), *Handbook of resilience in children* (pp. 181-200). New York: Kluwer Academic/Plenum.
- IBM Corporation (2012). IBM SPSS Statistics for Windows, Version 21.0. Armonk, NY: IBM Corp.
- Jaycox, L., Zoellner, L., & Foa, E. (2002). Cognitive-behavior therapy for PTSD in rape survivors. *Journal of Clinical Psychology*, 58(8), 891-906. <http://dx.doi.org/10.1002/jclp.10065>
- Lamis, D., Wilson, C., King, N., & Kaslow, N. (2014). Child abuse, social support, and social functioning in African American children. *Journal of Family Violence*, 29(8), 881-91. <http://dx.doi.org/10.1007/s10896-014-9639-9>
- Lemieux, S., & Byers, E. (2008). The sexual well-being of women who have experienced child sexual abuse. *Psychology of Women Quarterly*, 32(2), 126-44. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1471-6402.2008.00418.x>
- London, K., Bruck, M., & Ceci, S. (2005). Disclosure of child sexual abuse: What does the research tell us about the ways that children tell? *Psychology, Public Policy, and Law*, 11(1), 194-226. <http://dx.doi.org/10.1037/1076-8971.11.1.194>
- Luszczynska, A., Benight, Ch., & Cieslak, R. (2009). Self-efficacy and health-related outcomes of collective trauma: A systematic review. *European Psychologist*, 14(1), 51-62. <http://dx.doi.org/10.1027/1016-9040.14.1.51>
- Lynskey, M., & Ferguson, D. (1997). Factors protecting against the development of adjustment difficulties in young adults exposed to childhood sexual abuse. *Child Abuse and Neglect*, 21(12), 1177-90. [http://dx.doi.org/10.1016/S0145-2134\(97\)00093-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0145-2134(97)00093-8)
- Manly, J., Oshri, A., Lynch, M., Herzog, M., & Wortel, S. (2013). Child neglect and the development of externalizing behavior problems: Associations with maternal drug dependence and neighborhood crime. *Child Maltreatment*, 18(1), 17-29. <http://dx.doi.org/10.1177/1077559512464119>
- Masten, A. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychologist*, 56(3), 227-38. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.56.3.227>
- McLean, L., & Gallop, R. (2003). Implications of childhood sexual abuse for adult borderline personality disorder and complex posttraumatic stress disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 160(2), 369-71. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.160.2.369>
- Murthi, M., & Espelage, D. (2005). Childhood sexual abuse, social support, and psychological outcomes: A loss framework. *Child Abuse & Neglect*, 29(11), 1215-31. <http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2005.03.008>
- Najdowski, C., & Ullman, S. (2009). Prospective effects of sexual victimization on PTSD and problem drinking. *Addictive Behaviors*, 34(11), 965-68. <http://doi.org/10.1016/j.addbeh.2009.05.004>
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2005). Post-traumatic stress disorder: management. Recuperado desde <https://www.nice.org.uk/guidance/cg26/resources/posttraumatic-stress-disorder-management-975329451205>
- Observatorio Niñez y Adolescencia (2015). Infancia CUENTA en Chile 2015: Tercer informe Observatorio Niñez y Adolescencia. Recuperado desde http://www.xn--observatorioniez-kub.cl/wp-content/uploads/2015/11/Informe_Infancia_Cuenta_Chile2015_Web2.pdf
- Oddone Paolucci, E., Genuis, M., & Violato, C. (2001). A meta-analysis of the published research on the effects of child sexual abuse. *The Journal of Psychology*, 135(1), 17-36. <http://doi.org/10.1080/00223980109603677>
- Pereda, N. (2009). Consecuencias psicológicas iniciales del abuso sexual infantil. *Papeles del Psicólogo*, 30(2), 135-44.
- Pereda, N. (2010). Consecuencias psicológicas a largo plazo del abuso sexual infantil. *Papeles del Psicólogo*, 31(2), 191-201.
- Pereda, N. (2011). Resiliencia en niños víctimas de abuso sexual: El papel del entorno familiar y social. *Educación Social*, 49, 103-114.
- Pereda, N., Guilera, G., Forn, M., & Gómez-Benito, J. (2009). The prevalence of child sexual abuse in community and student samples: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 29(4), 328-38. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2009.02.007>
- Perrone, R., & Nannini, M. (1997). *Violencia y abusos sexuales en la familia: Un abordaje sistémico y comunicacional*. Barcelona: Paidós.
- Plaza, H., Beraud, C., & Valenzuela, C. (2014). Procesamiento traumatogénico del abuso sexual infantil en niñas y su relación con variables victimológicas. *Summa Psicológica*, 11(2), 35-44.
- Primero, G., & Moriana, J. (2011). Tratamientos con apoyo empírico: Una aproximación a sus ventajas, limitaciones y propuestas de mejora. *Revista de Investigación en Psicología*, 14(2), 189-207.
- Putnam, F. (2003). Ten-year research update review: Child sexual abuse. *Journal of the American*

- Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(3), 269-78. <http://dx.doi.org/10.1097/00004583-200303000-00006>.
- Rincón, P., Gysling, M., Jiménez, C., Lloyd, S., Navarro, M. ... Haquin, C. (2014). Propiedades psicométricas de la Escala de Síntomas de TEPT para niños (CPSS) en población chilena afectada por el terremoto y tsunami del 27-F de 2010. *Terapia Psicológica*, 32(1), 57-64. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082014000100006>
- Saunders, B., Berliner, L., & Hanson, R. (Eds.). (2003). *Child physical and sexual abuse: Guidelines for treatment (Final Report: January 15, 2003)*. Charleston, SC: National Crime Victims Research and Treatment Center.
- Saywitz, K., Mannarino, A., Berliner, L., & Cohen, J. (2000). Treatment for sexually abused children and adolescents. *American Psychologist*, 55(9), 1040-49. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.55.9.1040>
- Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (1995). Generalized Self-Efficacy Scale, In J. Weinman, S. Wright, & M. Johnston (Eds), *Measures in health psychology: A user's portfolio. Causal and control beliefs* (pp. 35–37). Windsor, England: NFER-NELSON.
- SENAME (2012). *Bases técnicas, línea programas, programas de protección especializada en maltrato y abuso sexual infantil (PRM)*. Recuperado desde http://www.sename.cl/wsename/licitaciones/p7_27-02-2012/PRM%20Bases%20Tecnicas%20Licita%20%20Febrero%202012.pdf
- SENAME (2015a). *Bases técnicas específicas: Programa de protección especializado de modalidad maltrato infantil grave y abuso sexual*. Recuperado desde <http://www.sename.cl/wsename/otros/proteccion/BTE.pdf>
- SENAME (2015b). *Orientaciones técnicas línea programas Programa de Protección Especializado en Maltrato y Abuso Sexual Grave (PRM)*. Recuperado desde http://www.sename.cl/wsename/licitaciones/p10_20-07-2015/OT_PRM.pdf
- Spaccarelli, S. (1995). Measuring abuse stress and negative cognitive appraisals in child sexual abuse: Validity data on two new scales. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 23(6), 703-27. <http://dx.doi.org/10.1007/BF01447473>
- Summit, R. (1983). The child sexual abuse accommodation syndrome. *Child Abuse & Neglect*, 7(2), 177-93. [http://dx.doi.org/10.1016/0145-2134\(83\)90070-4](http://dx.doi.org/10.1016/0145-2134(83)90070-4)
- Tolin, D., & Foa, E. (2006). Sex differences in trauma and posttraumatic stress disorder: A quantitative review of 25 years of research. *Psychological Bulletin*, 132(6), 959-92. <http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.132.6.959>
- Ullman, S., & Filipas, H. (2005). Gender differences in social reactions to abuse disclosures, post-abuse coping, and PTSD in child sexual abuse survivors. *Child Abuse & Neglect*, 29(7), 767-82. <http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2005.01.005>
- UNICEF (2006). Niños, niñas y adolescentes víctimas de delitos sexuales, en el marco de la reforma procesal penal: Informe final. Santiago, Chile: Unicef, Universidad Diego Portales. http://www.Unicef.cl/archivos_documento/173/Informe%20final.pdf
- Zimet, G., Dahlem, N., Zimet, S., & Farley, G. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 52(1), 30-41. http://dx.doi.org/10.1207/s15327752jpa5201_2