



Psychosocial Intervention

ISSN: 1132-0559

revistas_copm@cop.es

Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid
España

Pereda, Noemí; Sicilia, Laura

Reacciones sociales ante la revelación de abuso sexual infantil y malestar psicológico en
mujeres víctimas

Psychosocial Intervention, vol. 26, núm. 3, diciembre, 2017, pp. 131-138

Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid
Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=179853469001>

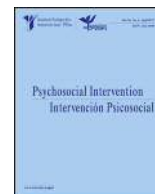
- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

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



Reacciones sociales ante la revelación de abuso sexual infantil y malestar psicológico en mujeres víctimas



Noemí Pereda^{a,*} y Laura Sicilia^b

^a Grup de Recerca en Victimització Infantil i Adolescent (GReVIA), Universitat de Barcelona, España

^b Departament de Psicologia Social i Psicologia Quantitativa, Universitat de Barcelona, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 15 de diciembre de 2016

Aceptado el 9 de febrero de 2017

On-line el 10 de abril de 2017

Palabras clave:

Abuso sexual infantil

Reacciones sociales

Apoyo social

Víctimas

Victimología del desarrollo

R E S U M E N

El objetivo de este trabajo es mostrar la relevancia de las reacciones sociales ante la revelación de abuso sexual infantil en el bienestar psicológico de 12 mujeres ($M = 37$ años; $DT = 10.51$), usuarias de un centro español de atención a víctimas. Los resultados muestran relaciones significativas entre las escalas de reacciones sociales relativas a egocentrismo, ayuda e información, distracción, control, tratar diferente y apoyo emocional y la mayoría de síntomas psicopatológicos. Algunas de estas reacciones son confusas, ambivalentes, puesto que son entendidas como bienintencionadas tanto por la persona de apoyo como por la víctima, si bien tienen una importante relación con la presencia de síntomas psicopatológicos. Se subraya la necesidad de continuar con la investigación sobre la influencia de las reacciones sociales en el ajuste psicosocial de las víctimas de experiencias abusivas y de abordar la problemática del abuso sexual infantil desde la prevención y la educación a las familias.

© 2017 Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Social reactions to child sex abuse revelation and psychological distress in female victims

A B S T R A C T

The aim of this study is to demonstrate the impact of social reactions to child sexual abuse revelation on the psychological wellbeing of 12 women ($M = 37$ years; $SD = 10.51$), attendees of a Spanish victim support centre. The results demonstrate a significant association between the scales of social reaction relative to egocentrism, help and information, distraction, control, treating differently and emotional support, and most psychopathological symptoms. Some of these reactions are confused and ambivalent since they are perceived as well-intentioned by support workers and victims alike, yet are majorly associated with the presence of psychopathological symptoms. This underlines the need to continue research on the influence of social reactions on the psychosocial adjustment of abuse victims and to address the problem of the sexual abuse of children through prevention and education of the family.

© 2017 Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Keywords:

Child sexual abuse

Social reactions

Social support

Victims

Developmental victimology

La experiencia de abuso sexual en la infancia es una de las formas de victimización interpersonal más asociada con el desarrollo de problemas psicológicos (véase, por ejemplo, la revisión de Amado, Arce y Herraiz [2015]), ya que comporta una grave vulneración de

los derechos y la libertad sexual y afectiva de los niños, niñas y adolescentes, así como una amenaza a su integridad física y emocional.

Estudios de revisión han confirmado tanto la existencia de consecuencias inmediatas derivadas de esta experiencia, que afectan al niño, niña y adolescente, (Paolucci, Genuis y Violato, 2001) como de efectos adversos a largo plazo, que podrían convertirse en problemas crónicos en el adulto (Buckingham y Daniolos, 2013). Sin embargo, las publicaciones llevadas a cabo hasta el momento evidencian que no existe un conjunto de síntomas que puedan con-

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: npereda@ub.edu (N. Pereda).

siderarse específicos de esta experiencia, sino un repertorio muy extenso y variado de problemas asociados (Maniglio, 2009; Tyler, 2002). Entre los problemas psicológicos detectados con mayor frecuencia aparecen la depresión, los trastornos de ansiedad, los sentimientos de culpa y vergüenza, y la disociación, que es usada como mecanismo protector durante la infancia pero que en la edad adulta es desadaptativa, presentando la víctima confusión, desorientación, amnesia respecto a determinadas partes de su infancia, pesadillas, flashbacks y dificultades para conectar con sus emociones (Lindert et al., 2014). A pesar de estas dificultades, no puede establecerse un síndrome unificado y aglutinador de los diferentes problemas emocionales, conductuales, cognitivos y sociales que se han relacionado con la experiencia de abuso sexual en la infancia (Kendall-Tackett, 2002).

Cabe tener en cuenta que, si bien las víctimas de abuso sexual infantil presentan con frecuencia problemas psicológicos en la edad adulta, que pueden llegar a constituir trastornos psiquiátricos (Chen et al., 2010), principalmente vinculados a síntomas de estrés postraumático y grandes dificultades de ajuste psicosocial, existe una alta variabilidad en esta sintomatología, constituyéndose muchas de ellas en personas sin dificultades, problemas o secuelas a largo plazo (Hillberg, Hamilton-Giachritsis y Dixon, 2011). En este contexto, la no existencia de una relación directa entre la experiencia de abuso sexual y el desarrollo de psicopatología ha llevado a asumir que existen características, bien sean de la víctima, de su entorno, o de la propia experiencia abusiva, que actúan incidiendo en el equilibrio psicosocial y la salud psicológica, incrementando o disminuyendo la magnitud de los efectos de esta experiencia. La influencia de determinadas variables para atenuar o acentuar el riesgo de desarrollar problemas psicológicos ante situaciones adversas o estresantes ha sido sugerida en las orientaciones más clásicas del estrés (véase, entre otros, Lazarus y Folkman [1984]). Desde esta perspectiva se habla de mecanismos de riesgo o vulnerabilidad y mecanismos de protección, compensación o resiliencia (Rutter, 1990), refiriéndose a la interacción entre las características del individuo y de su entorno con la situación y dando lugar a un efecto de riesgo o a un efecto protector (Luthar, Cicchetti y Becker, 2000).

Reacciones sociales ante la revelación del abuso sexual

De entre todos aquellos estudios que han pretendido estudiar la influencia de estas posibles variables mediadoras en el bienestar psicológico de la víctima de abuso sexual encontramos los que se han centrado en factores del entorno, como serían la red social, el apoyo social percibido y, más específicamente, y estrechamente relacionado, el que será objeto de estudio en el presente trabajo: las reacciones sociales en el momento de la revelación de la experiencia de abuso sexual (e.g., Ullman, 2002).

La evidencia empírica muestra que el efecto del apoyo social es fundamental en la superación del abuso sexual infantil, especialmente el apoyo de las figuras cuidadoras (Pereda, 2011). Sin embargo, la estigmatización asociada a determinados sucesos traumáticos y, en algunos casos, a las víctimas de estos sucesos, puede explicar la reducción del apoyo social disponible ante la experiencia de abuso sexual. Esta estigmatización puede generar una conducta de evitación social, debido a los sentimientos negativos (ansiedad, impotencia) que puede provocar ofrecer apoyo a estos individuos (Wolfe, Jaffe, Jetté y Poisson, 2003) y que dejan, en muchos casos, a la víctima sola con su dolor.

Ullman (2002) defiende la revelación como variable fundamental que modula las percepciones y sentimientos de la víctima ante la experiencia de abuso sexual, influyendo en el tipo, intensidad y evolución de la sintomatología que a menudo se desarrolla en estos procesos de victimización. Para otros autores, la revelación

del suceso y la expresión de las emociones protege la salud física y mental del individuo ante una experiencia traumática (Smyth, Pennebaker y Arigo, 2012). Siguiendo esta perspectiva, no revelar la experiencia aumentaría el riesgo de consecuencias negativas a largo plazo. Sin embargo, las respuestas negativas que con frecuencia deben afrontar las víctimas de abuso sexual conducen a una perpetuación del secretismo y del silencio (Draucker et al., 2011). De este modo, la mayoría de las revelaciones se producen en la edad adulta, no en la infancia (Ahrens, Stansell y Jennings, 2010). Estas reacciones negativas y culpabilizadoras por parte del entorno de la víctima ante la revelación del abuso son frecuentes especialmente en víctimas de sexo masculino (Mendelsohn y Sewell, 2004), en casos de abuso sexual infantil intrafamiliar y por parte de familiares de sexo masculino (Stroud, 1999), así como por las fuentes del denominado apoyo formal (e.g., policía, profesionales del ámbito médico) (Ullman, 1999), y tendrán una importante influencia en la posterior superación de la victimización.

La negación del abuso (Stroud, 1999) y el evitar hablar del tema (Feiring, Taska y Lewis, 1998) son reacciones frecuentes en progenitores y familiares cercanos a las víctimas de abuso sexual. La mayoría de familiares creen que, al no tratar el problema, la víctima acabará por olvidarlo. Sin embargo, los estudios realizados al respecto indican que esta estrategia no únicamente no hace olvidar lo sucedido, sino que exacerba la sintomatología psicopatológica (Spaccarelli y Fuchs, 1997), llegando a influir en el estado emocional de las víctimas en la edad adulta (Roesler, 1994). La falta de apoyo y, especialmente, el hecho de que las figuras parentales no agresoras culpabilicen a la víctima, aumenta el riesgo de desajuste y malestar (véase la revisión de Elliott y Carnes [2001]). A su vez, el hecho de disponer de apoyo y una reacción positiva y cuidadora de aquellas personas significativas para la víctima tras la revelación del abuso se ha relacionado con un mejor estado psicológico, tanto en la infancia (Gries et al., 2000) como en la edad adulta (Godbout, Briere, Sabourin y Lussier, 2014).

Objetivo

El objetivo general del presente estudio es describir el estado psicológico de una muestra de mujeres adultas víctimas de abuso sexual infantil usuarias de un centro de atención psicológica especializado en esta problemática, evaluando la influencia de las reacciones sociales en el desarrollo de sintomatología psicopatológica. Siguiendo los resultados de estudios previos, se hipotetiza que las reacciones sociales que perciba la víctima tendrán una relación con su estado psicológico. De este modo, aquellas mujeres con unas reacciones sociales más positivas por parte de su entorno tendrán un nivel más bajo de psicopatología, mientras que las que describan reacciones sociales negativas mostrarán niveles más altos de desajuste psicológico.

Método

Muestra

La muestra de estudio la configuran 12 mujeres adultas, usuarias de la Fundación Vicki Bernadet, centro de atención para víctimas de abuso sexual en la infancia con sede en Barcelona. Su rango de edad se encuentra entre los 19 y los 58 años ($M = 37$; $DT = 10.51$). Once de ellas son de nacionalidad española, mientras que una es de origen latinoamericano (Caso 3). Todas ellas residen en la provincia de Barcelona. La mayoría de las participantes cuenta con estudios secundarios (58.3%), estudios universitarios de licenciatura o diplomatura (25%), y de posgrado, máster o doctorado (16.7%). Respecto a la actividad ocupacional, 7 de las 12 mujeres declararon no disponer de trabajo formal remunerado (entre ellas se encuentran una

ama de casa, una estudiante y una pensionista por incapacidad). El resto trabajan con remuneración (Casos 2, 3, 4, 8 y 10), aunque una de ellas se encontraba de baja laboral en el transcurso de la recogida de datos de la investigación (Caso 10). Ocho de las 12 mujeres son solteras, 3 separadas o divorciadas (Casos 3, 8 y 9) y solo una vive en pareja (Caso 1). Un 58.3% no tienen hijos. Cuatro de ellas pertenecen a alguna asociación de voluntariado (Casos 1, 7, 8 y 11). La muestra es no probabilística, resultado de un muestreo mixto que incluye estrategias intencionales y accidentales.

Procedimiento

Se explicó el objetivo del estudio a las psicólogas del área de atención clínica de la Fundación Vicki Bernadet, quienes dieron su consentimiento para colaborar. Ellas contactaron con un total de 30 usuarias que cumplieran los criterios de inclusión: ser mujer mayor de 18 años; haber consultado por una experiencia personal de abuso sexual infantil, pero no encontrarse todavía en fase de tratamiento; no presentar discapacidad intelectual o dificultades graves para entender los enunciados de las pruebas, y no presentar sintomatología clínica que interfiriera significativamente en la evaluación. Se solicitó la participación de las mujeres seleccionadas, informándolas de los objetivos y de la metodología del estudio, así como de la recompensa económica que recibirían para compensar su desplazamiento el día de la evaluación (10€). El 40% de las mujeres entrevistadas accedieron a participar en el estudio y firmaron el consentimiento informado. Siguiendo las sugerencias de autores anteriores (Finkelhor y Hotaling, 1984; López, 1994) y para evaluar aquellos casos considerados más graves, la experiencia de abuso sexual tenía que haber sido vivida antes de los 13 años de edad.

Medidas

La técnica de recogida de información fue una entrevista semi-estructurada individual que incluía información sociodemográfica de las víctimas (e.g., edad/lugar de nacimiento/lugar de residencia/nivel de estudios/ocupación/estado civil/número de hijos) y variables relacionadas con la experiencia de abuso sexual en la infancia (e.g., edad de inicio y fin, tipo de agresor [desconocido/familiar/conocido no familiar], edad del agresor al iniciarse el abuso y tipo de abuso [tocamientos/masturbación/penetración oral, anal o vaginal]). Estas preguntas se basaron en las realizadas en estudios anteriores sobre este tema, con víctimas de abuso sexual (Pereda, Abad y Guilera, 2016). La duración de las entrevistas osciló entre 1-2 h, en función de las respuestas que proporcionaban las participantes. No se grabaron estas por petición explícita de las participantes.

Las categorías fueron revisadas una vez se había analizado el 50% del material y se decidió crear categorías con un nivel de abstracción superior. La categorización fue realizada inicialmente por un miembro del equipo investigador y posteriormente revisada por 2 colaboradores. Se determinó el grado de acuerdo intercodificador obteniéndose un coeficiente Kappa de $k=0.916$. En los casos de desacuerdo (4.18% de las codificaciones) se revisó y se llegó a un acuerdo consensuado. Con la codificación final se elaboró un fichero de datos que permitiera el análisis cuantitativo de la información y se procedió a su análisis con el programa SPSS 15.0. En el apartado de resultados se transcriben fragmentos de las entrevistas en que se han eliminado nombres de personas y lugares y se han traducido al castellano aquellos que estaban en catalán.

Los análisis estadísticos realizados son de carácter univariado y bivariado. Dado el objetivo del estudio y los resultados encontrados en estudios previos en esta área, se les preguntó también por las reacciones sociales que recibieron por parte de su entorno en el

momento de la revelación del abuso, mediante la traducción al español del *Social Reactions Questionnaire* (SRQ; Ullman, 2000), con el permiso de su autora, que incluye 48 preguntas agrupadas en 2 escalas sobre reacciones sociales positivas, como la creencia en la víctima (6 ítems, e.g. «Te dijeron que lo sentían por ti»), apoyo emocional (6 ítems, e.g. «Te consolaron, diciéndote que todo iría bien o abrazándote») y ayuda e información (6 ítems, e.g. «Te animaron a buscar asesoramiento»); y reacciones sociales negativas, como culpar a la víctima (6 ítems, e.g. «Te dijeron que podías haber hecho algo más para evitar que sucediera»), egocentrismo (6 ítems, e.g. «Hablaron con otros de tu experiencia»), distracción (6 ítems, e.g. «Te dijeron que siguieras con tu vida»), control (6 ítems, e.g. «Tomaron decisiones o hicieron cosas por ti») y tratar diferente (6 ítems, e.g. «Se alejaron de ti»). La escala se aplica a población adulta de cualquier edad que haya sido víctima de uno o varios episodios de abuso y/o agresión sexual, y se responde según una escala tipo Likert de 5 puntos de malestar que oscila entre «nunca» (0) y «siempre» (4). Las propiedades psicométricas son adecuadas en la versión original y se encuentran en estudio en nuestro país.

Finalmente, para conocer el nivel de malestar psicológico que presentaban las participantes, se utilizó el *Brief Symptom Inventory* (BSI; Derogatis, 1993). Este autoinforme incluye 53 preguntas organizadas en 9 subescalas: somatización (SOM; 7 ítems, e.g. «Desmayos o mareos»), obsesión-compulsión (O-C; 6 ítems, e.g. «Problemas para recordar cosas»), sensibilidad interpersonal (S-I; 4 ítems, e.g. «Tus sentimientos son heridos con facilidad»), depresión (DEP; 6 ítems, e.g. «Pensamientos de poner fin a tu vida»), ansiedad (ANS; 6 ítems, e.g. «Nerviosismo o agitación interior»), hostilidad (HOS; 5 ítems, e.g. «Sentirse fácilmente molesto o irritado»), ansiedad fóbica (FOB; 5 ítems, e.g. «Sentir miedo en los espacios abiertos o en la calle»), ideación paranoide (PAR; 5 ítems, e.g. «Sentir que los otros son culpables de la mayoría de tus problemas») y psicoticismo (PSI; 5 ítems, e.g. «La idea de que alguien pueda controlar tus pensamientos»); así como 4 ítems adicionales, que no parecen referirse de forma exclusiva a ninguna de las escalas anteriores, y 3 índices globales que permiten evaluar el malestar general del individuo: Índice Global de Severidad (GSI), Índice de Síntomas de Malestar Positivos (PSDI) y el Total de Síntomas Positivos (PST). La escala se aplica a población adulta de cualquier edad y se responde según una escala tipo Likert de 5 puntos de malestar, que oscila entre «nada» (0) y «mucho» (4). Las propiedades psicométricas son aceptables tanto en su versión original como en las adaptaciones realizadas al español (Aragón Ramírez, Bragado Álvarez y Carrasco Galán, 2000; Pereda, Forns y Peró, 2007).

Análisis de datos

Con el objetivo de enriquecer el análisis de datos, se utilizó un diseño de método mixto, mediante el análisis cualitativo y cuantitativo de la información. Así, cada caso fue tratado con un enfoque cualitativo, analizando la información obtenida en las entrevistas personales y aportando los comentarios realizados por cada participante, como se ha hecho en estudios previos con muestras similares (e.g., Alaggia, 2004). El análisis cualitativo del material escrito obtenido de las entrevistas se basó en el análisis de contenido inductivo propuesto por Mayring (2014). Así, se categorizaron las respuestas de las participantes por 2 miembros del equipo investigador determinándose el grado de acuerdo intercodificador con un coeficiente Kappa de $k=0.956$. A su vez, el uso de instrumentos estandarizados en las entrevistas ha permitido contrastar las respuestas de las participantes desde una perspectiva cuantitativa. Si bien no exento de críticas, este método se engloba dentro de un enfoque pragmático del análisis de la información, especialmente adecuado en muestras de tan difícil acceso como la que conforma este estudio y de la que interesa conocer diversos aspectos, desde distintas perspecti-

vas (Morgan, 2007). Para ello se ha utilizado el paquete estadístico IBM SPSS 21.0. Se han aplicado estadísticos descriptivos y correlaciones de Spearman, para estudiar la relación entre el apoyo social percibido y el grado de sintomatología psicopatológica. Los resultados obtenidos mediante cada método se integraron en un marco explicativo común (Moran-Ellis et al., 2006).

Resultados

Características de la experiencia de abuso sexual infantil

En la totalidad de los casos se trató de un abuso intrafamiliar. Tres de las participantes sufrieron abusos por parte de más de un abusador (Casos 3, 5, 10).

Lo peor es cuando ves que no ha acabado ahí, que hay más, que puede pasarte una y otra vez y que no sabes quién puede hacértelo (Caso 5).

Llegué a pensar que cualquiera podía usarme, que era lo normal, lo que se hacía a todas las niñas (Caso 3).

De los 15 abusadores, 14 fueron hombres frente a una mujer, único caso en el que el abuso no implicó contacto físico (Caso 3).

Puede parecer menos grave, porque ella nunca me tocaba, pero el abuso está ahí... yo me sentía mal, no me gustaba que me hiciera mirar aquello (Caso 3).

De los casos de abuso con contacto físico, la mayoría fueron tocamientos y/o besos ($n = 11$) y en uno de ellos hubo penetración vaginal (Caso 10).

No me hables de abusos. A mí me violaron. Y eso no es lo mismo que abusar (Caso 10).

Solo 2 de las víctimas manifestaron que el abusador había usado la fuerza y la violencia física para cometer los abusos (Casos 3, 5).

Y es que además luego estaban los golpes, el daño que me hacía si lloraba o me resistía... Eso se cura por fuera pero no por dentro (Caso 3).

Sí, cuando había violencia, que la había a veces, era cuando yo ya sentía que quería morirme, que no iba a soportarlo más... pero lo aguanté, y aquí estoy (Caso 5).

De los perpetradores, 12 eran adultos en el momento del abuso y 3 eran menores de edad (Casos 7, 9, 11).

Yo no sé si hay diferencias cuando quien abusa de ti es más mayor... solo puedo decir que aunque fuera una persona joven, el abuso está ahí (Caso 9).

El abusador fue el padre en el 33.33% de los casos (con un rango de edad entre 33 y 40 años), un tío o una tía en el 26.67% (entre 18 y 50 años), el abuelo en el 13.33% (entre 50 y 60 años), un primo en el 13.33% (entre 14 y 17 años), un hermano (de 15 años de edad) en uno de los casos, y un amigo de la familia (de 40 años de edad).

Que tu padre te haga esto... pues bueno... es muy duro... se supone que es ese hombre que te va a cuidar y proteger ¿no? (Caso 8).

Que haya sido mi hermano quien me haya hecho daño y que mi familia se ponga de su parte pues me hace sentir mucha rabia y mucho dolor... es como si hubieran elegido... y lo han elegido a él (Caso 11).

Las edades de las víctimas en el inicio del abuso van de los 2 a los 13 años ($M = 6.45$; $DT = 3.14$), y el rango de duración fue de 3 a 13 años ($M = 7.77$; $DT = 3.11$), teniendo en cuenta que una de ellas no recordaba la edad de inicio (Caso 3) y otra no recordaba la edad de finalización (Caso 9). En un caso la situación abusiva no duró más de un año (Caso 6).

No puedo decirte cuándo empezó porque no lo sé. No recuerdo muchas cosas de mi infancia. Y no recuerdo que eso empezara un día. Recuerdo sentirme siempre triste y siempre mal (Caso 3).

Solo 3 de las víctimas revelaron la experiencia en la infancia o la adolescencia (Casos 1, 6, 11), 8 lo hicieron en la edad adulta y una

Tabla 1

Puntuación media en las escalas del BSI para la muestra de estudio y rango de respuesta mínimo y máximo

Escala del BSI	M	DT	Mín.	Máx.
SOM	1.02	1.06	0	4
O-C	1.81	0.79	0	4
S-I	1.94	1.45	0	4
DEP	2.12	1.39	0	4
ANS	1.90	1.12	0	4
HOS	1.43	1.10	0	4
FOB	1.02	1.07	0	4
PAR	1.53	1.08	0	4
PSI	1.55	1.07	0	4
ADI	1.71	1.34	0	4
GSI	1.59	0.95	–	–

aún no lo había revelado en el momento de la investigación (Caso 8). En este caso, la revelación la hizo la hermana de la víctima que también había sufrido abusos.

No estoy preparada. No puedo hablar con ellos. Me moriría de vergüenza. He intentado hablar con algunos, mi hermana, amigos... pero me sigue costando mucho (Caso 8).

Las víctimas que revelaron los abusos siendo menores de edad lo hicieron a la madre (Casos 6, 11) y a una hermana (Caso 1). En la edad adulta la revelación se produjo a una prima (Caso 3), a alguno de los padres (Casos 5, 7, 12) y a la pareja (Casos 2, 4, 9, 10).

Yo quería decirlo, tenía que decirlo... pero no me salían las palabras... tenía tanto miedo... y vergüenza... hasta que un día no pude más y se lo conté a mi madre pero... no pasó nada (Caso 11).

No diría que mi pareja me ha apoyado... no, no lo diría. Me quiere y no me trata mal cuando hablo, pero no me ha apoyado en esto... no sé ni si sabe cómo hacerlo (Caso 2).

Sintomatología psicopatológica en víctimas de abuso sexual infantil

Como puede observarse en la [tabla 1](#), la puntuación media en malestar psicológico general para la muestra analizada se sitúa en 1.59 ($DT = 0.95$). La escala en la que las víctimas muestran un mayor malestar es la escala DEP ($M = 2.12$; $DT = 1.39$), con síntomas como tristeza, llanto, desesperación, y en las que menos, SOM ($M = 1.02$; $DT = 1.06$), relativa a reacciones somáticas vinculadas con malestar psíquico, y FOB ($M = 1.02$; $DT = 1.07$), que evalúa reacciones de ansiedad ante determinadas situaciones y actividades.

Reacciones sociales ante la revelación del abuso sexual infantil

En las 3 escalas de reacciones sociales positivas, con respuestas que oscilan entre un 0 y un 4, las víctimas muestran una media de 2.39 ($DT = 1.15$) en creencia en la víctima, de 1.72 ($DT = 1.05$) en apoyo emocional y de 0.93 ($DT = 1.09$) en ayuda e información. En las escalas de reacciones sociales negativas, la media es de 0.78 ($DT = 0.76$) en culpar a la víctima, de 0.89 ($DT = 0.81$) en egocentrismo, de 1.67 ($DT = 1.11$) en distracción, de 0.83 ($DT = 0.51$) en control y de 1.29 ($DT = 1.13$) en tratar diferente ([tabla 2](#)).

Relación entre reacciones sociales y sintomatología psicopatológica

Si analizamos la relación entre las escalas de reacciones sociales y la sintomatología psicopatológica, la reacción egocéntrica tras la revelación de abuso sexual correlaciona de forma positiva y estadísticamente significativa con el nivel de somatización, representado por la escala SOM ($r = 0.591$; $p = 0.043$), el grado de sintomatología depresiva, representado por la escala DEP ($r = 0.634$; $p = 0.027$) y los ítems adicionales ADI ($r = 0.593$; $p = 0.042$). A su vez, la reacción de distraer a la víctima correlaciona positivamente con la

Tabla 2

Puntuación media en las escalas del SRQ para la muestra de estudio y rango de respuesta mínimo y máximo

Escalas del SRQ	M	DT	Mín.	Máx.
Culpar a la víctima	0.78	0.76	0	4
Egocentrismo	0.89	0.81	0	4
Creencia en la víctima	2.39	1.15	0	4
Ayuda e información	0.93	1.09	0	4
Distracción	1.67	1.11	0	4
Control	0.83	0.51	0	4
Tratar diferente	1.29	1.13	0	4
Apoyo emocional	1.72	1.05	0	4

escala SOM ($r=0.744$; $p=0.006$), la DEP ($r=0.795$; $p=0.002$), la sintomatología ansiosa, representada por la escala ANS ($r=0.682$; $p=0.015$), el grado de síntomas paranoides, representados por la escala PAR ($r=0.710$; $p=0.011$), el nivel de ansiedad fóbica, representado por la escala FOB ($r=0.712$; $p=0.009$), la sintomatología psicótica, representada por la escala PSI ($r=0.623$; $p=0.030$), los ítems ADI ($r=0.719$; $p=0.008$) y el grado de malestar general representado por la escala GSI ($r=0.785$; $p=0.002$). La reacción social de control correlaciona de forma positiva con las escalas SOM ($r=0.698$; $p=0.012$), ANS ($r=0.683$; $p=0.014$), los ítems ADI ($r=0.641$; $p=0.025$) y la escala GSI ($r=0.624$; $p=0.030$). Por su parte, la reacción de tratar diferente a la víctima tras el abuso correlaciona positivamente con las escalas SOM ($r=0.668$; $p=0.018$), DEP ($r=0.743$; $p=0.006$) ANS ($r=0.627$; $p=0.029$), los ítems ADI ($r=0.621$; $p=0.031$) y la escala GSI ($r=0.621$; $p=0.031$).

A su vez, el apoyo emocional ofrecido a la víctima correlaciona de forma negativa con la escala SOM ($r=-0.580$; $p=0.048$) y DEP ($r=-0.629$; $p=0.028$). Ofrecerle ayuda e información también se encuentra negativamente correlacionado con la sintomatología depresiva DEP ($r=-0.576$; $p=0.050$) (tabla 3).

Discusión

Los resultados del presente estudio permiten confirmar, en la línea de estudios de revisión anteriores (Ullman, 2002), que la respuesta que la víctima de abuso sexual infantil recibe de su entorno tras la revelación de este es relevante en su bienestar psicológico.

Las víctimas de abuso sexual infantil que conforman la muestra analizada en este trabajo presentan niveles de malestar general elevados, superiores a los encontrados con muestras españolas pertenecientes a la población general (Aragón Ramírez et al., 2000; Pereda et al., 2007), y similares a las relativas a muestras clínicas norteamericanas (Derogatis y Melisaratos, 1983). Cabe tener en cuenta, no obstante, que la muestra analizada se encuentra atendida en un centro para víctimas de abuso sexual, lo que puede estar indicando un mayor nivel de desajuste que aquellas que no requieren de este servicio. Dentro de un nivel de malestar general, que incide en todos los síndromes evaluados (Neumann, Houskamp, Pollock y Briere, 1996), destacan la depresión y la ansiedad como trastornos más frecuentes. La experiencia de abuso sexual infantil se ha confirmado como un factor de riesgo, general y no específico, para la depresión, tal y como concluyen rigurosos estudios de revisión (Maniglio, 2010), que puede ir acompañada de autolesiones y conducta suicida (Maniglio, 2011). Estudios prospectivos, en los que se ha seguido a víctimas de abuso sexual a lo largo de su desarrollo, concluyen que la depresión y la ansiedad son 2 de los problemas más frecuentes en la edad adulta de estas víctimas (Spataro, Mullen, Burgess, Wells y Moos, 2004).

Respecto a la percepción de apoyo social en víctimas de abuso sexual, los resultados del presente estudio muestran puntuaciones similares a estudios previos llevados a cabo con el mismo instrumento, indicando que las víctimas emplean el rango completo de posibles respuestas a este (Ullman, 2000, 2007). Siguiendo la

línea de estudios anteriores, se confirma la elevada frecuencia de reacciones negativas y culpabilizadoras por parte del entorno de la víctima ante la revelación del abuso (para una revisión véase Ullman [2002]) que, como se ha visto en otros trabajos, son especialmente significativas en casos de abuso sexual infantil intrafamiliar (Stroud, 1999).

Relación entre la reacción del entorno y la sintomatología psicológica

A partir de los resultados obtenidos, puede afirmarse que determinadas reacciones sociales negativas están relacionadas con un mayor grado de sintomatología psicopatológica (Ahrens et al., 2010; Draucker et al., 2011; Ullman, 2007).

Se ha demostrado que las reacciones sociales de culpabilización y de negación son comunes a la revelación de una experiencia de abuso sexual y que estas tienen una influencia perjudicial en la salud psicológica de la víctima (Cohen y Mannarino, 2000). A partir de los resultados obtenidos en este trabajo, se observa una relación significativa del malestar psicológico de la víctima con otras reacciones negativas que, a pesar de ser también muy frecuentes, no han sido tan estudiadas. Se trata, sobre todo, de reacciones ambivalentes, de interpretación equívoca, que pueden realizarse con buenas intenciones, pero que generalmente acaban haciendo sentir peor a la persona, la llevan a resignificar la experiencia negativamente y condicionan de forma adversa su evolución.

Es especialmente relevante la relación observada entre la reacción social de distracción y la mayoría de escalas de sintomatología psicológica, incluida la de malestar psicológico global. La reacción de distracción consiste en no animar a la víctima a hablar de la experiencia de abuso o, incluso, impedir que lo haga. Esta respuesta es dolorosa, puesto que la víctima interpreta que su reacción ante el suceso es exagerada, que no afronta adecuadamente la situación y que carga o angustia a la persona de apoyo, quien no quiere saber nada sobre la cuestión (Ullman, 2010). Este tipo de respuestas, bajo el pretexto de estar ayudando a la víctima a que deje de pensar y olvide lo sucedido, son muchas veces respuestas de evitación para salvaguardar el propio bienestar (Wolfe et al., 2003). Aun así, no dejan de ser un intento real de ayudar, lo que hace difícil para la víctima concebir este tipo de comportamiento como hiriente, le impide expresar sus sentimientos sobre la experiencia de abuso y sobre su necesidad de apoyo, y le deja solo la alternativa de superarlo por ella misma.

Respecto a la reacción de tratar diferente a la víctima, esta puede conllevar diversas conductas más o menos graves para su bienestar. A menudo las respuestas muestran un rechazo evidente. La consecuencia más grave de esta reacción es la distancia y la pérdida de relaciones íntimas, con familiares y amigos. Pero también es común tratarla con cautela, como si fuera frágil y vulnerable, por miedo a decir y hacer cualquier cosa que la pueda hacer sentir peor. Este tipo de reacción hace que la víctima piense que los otros no la ven capaz de superar el trauma, o que lo hace con poco éxito. Aunque esta respuesta es, supuestamente, menos perjudicial que un rechazo absoluto y abierto, contribuye a reforzar el sentimiento

Tabla 3

Correlaciones entre las escalas del BSI y las escalas del SRQ

Culparr (<i>p</i>)	Egocentrismo <i>r</i> (<i>p</i>)	Crear <i>r</i> (<i>p</i>)	Ayuda e información <i>r</i> (<i>p</i>)	Distracción <i>r</i> (<i>p</i>)	Control <i>r</i> (<i>p</i>)	Tratar diferente <i>r</i> (<i>p</i>)	Apoyo emocional <i>r</i> (<i>p</i>)
<i>SOM</i>							
0.018 (0.956)	0.591* (0.043)	–0.289 (0.363)	–0.347 (0.268)	0.744** (0.006)	0.698* (0.012)	0.668* (0.018)	–0.580* (0.048)
<i>O-C</i>							
0.149 (0.645)	0.163 (0.613)	–0.235 (0.462)	0.006 (0.984)	0.624* (0.030)	0.295 (0.353)	0.366 (0.242)	–0.152 (0.638)
<i>S-I</i>							
0.052 (0.873)	0.357 (0.255)	0.020 (0.950)	–0.068 (0.834)	0.445 (0.147)	0.377 (0.227)	0.184 (0.566)	–0.060 (0.854)
<i>DEP</i>							
0.344 (0.274)	0.634* (0.027)	–0.398 (0.200)	–0.576* (0.050)	0.795** (0.002)	0.507 (0.092)	0.743** (0.006)	–0.629* (0.028)
<i>ANS</i>							
0.217 (0.498)	0.553 (0.062)	–0.328 (0.298)	–0.225 (0.483)	0.682* (0.015)	0.683* (0.014)	0.627* (0.029)	–0.474 (0.119)
<i>HOS</i>							
0.239 (0.453)	0.516 (0.086)	–0.093 (0.775)	–0.294 (0.354)	0.367 (0.241)	0.337 (0.284)	0.352 (0.262)	–0.300 (0.344)
<i>FOB</i>							
0.236 (0.460)	0.304 (0.337)	–0.358 (0.253)	–0.281 (0.376)	0.712** (0.009)	0.484 (0.111)	0.512 (0.089)	–0.467 (0.126)
<i>PAR</i>							
0.147 (0.649)	0.503 (0.096)	–0.099 (0.760)	–0.340 (0.279)	0.701* (0.011)	0.546 (0.066)	0.477 (0.117)	–0.280 (0.378)
<i>PSI</i>							
0.086 (0.790)	0.487 (0.108)	–0.170 (0.598)	–0.144 (0.656)	0.623* (0.030)	0.542 (0.069)	0.456 (0.136)	–0.298 (0.346)
<i>ADI</i>							
0.166 (0.607)	0.593* (0.042)	–0.263 (0.408)	–0.350 (0.265)	0.719** (0.008)	0.641* (0.025)	0.609* (0.036)	–0.443 (0.149)
<i>GSI</i>							
0.210 (0.513)	0.569 (0.054)	–0.286 (0.367)	–0.333 (0.290)	0.785** (0.002)	0.624* (0.030)	0.621* (0.031)	–0.466 (0.126)

* $p < 0.05$.** $p < 0.01$.

de debilidad y de indefensión, y facilita la aparición de la estigmatización (Finkelhor y Browne, 1985) de la percepción de ser diferente, tan propia de las víctimas de abuso infantil (Ullman, 2010). En consecuencia, la fuerza interior y la confianza en la propia capacidad de recuperación de la víctima queda anulada.

Otra de las respuestas que se han mostrado relacionadas con la presencia de sintomatología psicopatológica en el estudio ha sido la *reacción egocéntrica*. Esta reacción refleja la preocupación sobre el efecto que causa la experiencia de la víctima en la persona de apoyo. Se trata de preocupaciones reales y legítimas, pero que obvian el efecto del abuso sexual en la víctima y su necesidad inmediata de ayuda, puesto que la atención se focaliza en la reacción de la figura de apoyo. A menudo son respuestas de ira, rabia o deseos de venganza hacia el abusador. Se trata de respuestas muy estresantes para la víctima, que excluyen sus emociones, sentimientos y propio malestar. A su vez, la víctima siente una pérdida de control superior a la que ya siente como consecuencia del propio abuso y se pueden llegar a reforzar sentimientos de miedo e indefensión frente al posible incremento de las consecuencias de la experiencia de victimización, que escapa del propio control (Finkelhor y Browne, 1985). La víctima puede creer que tiene que tranquilizar a la persona de apoyo y ayudarla con su reacción cuando es ella la que necesita esta atención, lo que supone un estrés añadido. En este aspecto, destaca el estudio de revisión realizado por Van Toledo y Seymour (2013) quienes sugieren aumentar las intervenciones sobre el impacto que

la revelación o el descubrimiento del abuso sexual causa en los progenitores no agresores de la víctima, puesto que en caso contrario estos no podrán ofrecerle su apoyo. Los autores defienden que el malestar psicológico que presentan los padres les impide atender adecuadamente las necesidades emocionales de sus hijos e hijas tras el abuso, empeorando sus relaciones familiares. Cabe tener en cuenta que, aunque este tipo de reacción es muy negativa para el bienestar de la persona que la vive, indica y transmite que la persona de apoyo está afectada por la revelación.

Por su parte, la reacción de *control* comporta tomar el dominio de la situación tras la revelación de la experiencia. A menudo, tanto desde el apoyo informal como del formal (médicos, policías, abogados), se toma el control de las decisiones y los procedimientos que hay que llevar posteriormente a la experiencia de abuso, sin contar con la víctima. Sin embargo, la presencia de escaso control personal en víctimas de abuso sexual infantil se relaciona de forma significativa con un mayor malestar psicológico general (Porter y Long, 1999), baja autoestima y percepción negativa del mundo en general (Ullman, 1997).

Todos estos tipos de reacciones tienen en común una serie de características como son la desatención de las necesidades reales de la víctima y la prioridad de las necesidades, preocupaciones y malestar de uno mismo. En una mayoría de los casos existe una voluntad real y consciente de ayudar a la víctima, pero acompañada

de acciones que no son las más acertadas para este objetivo, generando un conflicto interno en la víctima que las recibe.

Cabe tener en cuenta, no obstante, que 2 de las reacciones sociales descritas por las víctimas se encuentran relacionadas con un mejor estado psicológico, como son *ofrecer ayuda e información* y el *apoyo emocional*, siendo importante resaltar que no solo la falta de apoyo afecta negativamente a la víctima, sino que ofrecer a esta soporte, información y ayuda favorece un mejor estado psicológico tras la experiencia de abuso (Godbout et al., 2014).

Limitaciones

Toda investigación comporta una serie de limitaciones que deben tenerse en cuenta al valorar los resultados obtenidos. La muestra se compone únicamente de mujeres, dadas las características de la población usuaria del centro de atención a víctimas al que se obtuvo acceso, que se corresponde con la mayoría de víctimas de abusos sexuales (Pereda, Guilera, Forns y Gómez-Benito, 2009). Sin embargo, estudios previos han subrayado la similitud en el malestar psicológico que presentan varones y mujeres víctimas de abuso sexual, si bien advierten de la necesidad de incluir ambos sexos en las investigaciones (Dube et al., 2005), especialmente en aquellas que incluyan medidas de apoyo social, puesto que los varones parecen afrontar reacciones sociales más negativas ante la revelación del abuso sexual (Ullman y Filipas, 2005).

En segundo lugar, dada la dificultad de acceso a víctimas de abuso sexual infantil, el tamaño muestral no es suficiente para establecer conclusiones robustas y se aleja de la representatividad y la operatividad estadística. Los resultados obtenidos mediante análisis cuantitativo no son representativos en una muestra de tamaño tan reducido y siempre deben interpretarse de forma descriptiva y limitada a las participantes de este estudio. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que escasos estudios en nuestro país han mostrado el estado psicológico y descrito el apoyo percibido por las víctimas de abuso sexual en la infancia, por lo que los resultados obtenidos, si bien deben ser interpretados como exploratorios y descriptivos, muestran una realidad muy poco conocida hasta el momento.

Implicaciones profesionales

Los resultados de este estudio muestran la necesidad de continuar con la investigación sobre la influencia de las reacciones sociales en el ajuste psicosocial de las víctimas de abuso sexual infantil. Estas reacciones son el reflejo de las emociones y sentimientos que genera esta problemática en la sociedad y tienen una gran relevancia en el bienestar de las víctimas. Por ello, es muy importante la intervención psicosocial en este ámbito con un objetivo preventivo, pues la sensibilización y el conocimiento sobre el fenómeno del abuso sexual infantil, en su globalidad, son la mejor herramienta para una detección rápida y una actuación realmente protectora en la niñez, así como una atención adecuada y un apoyo social más beneficioso para la víctima en la edad adulta. La sociedad no dispone de herramientas ni recursos de afrontamiento ante esta problemática, especialmente cuando se da a nivel intrafamiliar. Se trata de un suceso que desborda los recursos de las víctimas y de su entorno. Programas educativos de prevención pueden ser una de las mejores respuestas ante una realidad que afecta a un importante porcentaje de ciudadanos de nuestro país. A su vez, la intervención con las familias de las víctimas no puede obviarse si lo que se busca es que puedan ofrecerles el apoyo y soporte emocional que necesitan y que, a su vez, incidirá positivamente en su bienestar.

Conclusiones

El estudio corrobora que las víctimas adultas de abuso sexual infantil presentan un mayor malestar psicológico que la población general, así como que las personas del entorno que reciben la revelación de abuso sexual muestran reacciones que pueden ser tanto positivas como negativas e influir en el estado psicológico de la víctima. Algunas de estas reacciones son confusas, ambivalentes y contradictorias, puesto que son entendidas como bienintencionadas tanto por la persona de apoyo como por la víctima, si bien tienen una importante relación con la presencia de síntomas psicopatológicos. Se considera, pues, que sería adecuado y beneficioso estudiar con más detalle los efectos de estas reacciones ambivalentes en el malestar y la evolución psicopatológica de la víctima, con el objetivo de entender qué procesos psicológicos, como por ejemplo la significación de la experiencia de abuso, se generan a partir de estas respuestas.

Financiación

Este estudio se ha realizado dentro del proyecto DER2012-38559-C03-02 subvencionado por el Ministerio de Economía y Competitividad.

Conflicto de intereses

Las autoras declaran que no tienen ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Las autoras agradecen a la Fundación Vicki Bernadet, a sus profesionales y, especialmente, a sus usuarias, su inestimable ayuda y colaboración para la realización de este estudio.

Bibliografía

- Ahrens, C., Stansell, J. y Jennings, A. (2010). To tell or not to tell: The impact of disclosure on sexual assault survivors' recovery. *Violence and Victims*, 25, 631–648.
- Alaggia, R. (2004). Many ways of telling: Expanding conceptualizations of child sexual abuse disclosure. *Child Abuse & Neglect*, 28, 1213–1227.
- Amado, B. G., Arce, R. y Herraiz, A. (2015). Daño psicológico en víctimas de abuso sexual infantil: una revisión meta-analítica. *Psychosocial Intervention*, 24, 49–62.
- Aragón Ramírez, N., Bragado Álvarez, M. C. y Carrasco Galán, I. (2000). Fiabilidad y estructura factorial del "Inventario Breve de Síntomas" (Brief Symptom Inventory, BSI) en adultos. *Psicología Conductual*, 8, 73–83.
- Buckingham, E. T. y Daniolos, P. C. (2013). Longitudinal outcomes for victims of child abuse. *Current Psychiatry Reports*, 15, 342.
- Chen, L. P., Murad, M. H., Paras, M. L., Colbenson, K. M., Sattler, A. L., Goranson, E. N., et al. (2010). Sexual abuse and lifetime diagnosis of psychiatric disorders: Systematic review and meta-analysis. *Mayo Clinic Proceedings*, 85, 618–629.
- Cohen, J. A. y Mannarino, A. P. (2000). Predictors of treatment outcome in sexually abused children. *Child Abuse & Neglect*, 24, 983–994.
- Derogatis, L. R. (1993). *Brief Symptom Inventory: Administration, scoring and procedures manual* (4th ed.). Minneapolis, MN: NCS, Pearson, Inc.
- Derogatis, L. R. y Melisaratos, N. (1983). The Brief Symptom Inventory: An introductory report. *Psychological Medicine*, 13, 595–605.
- Draucker, C. B., Martsolf, D. M., Roller, C., Knapik, G., Ross, R. y Warner, A. (2011). Healing from childhood sexual abuse: A theoretical model. *Journal of Child Sexual Abuse*, 20, 435–466.
- Dube, S., Anda, R., Whitfield, C., Brown, D. W., Felitti, V. J., Dong, M., et al. (2005). Long-term consequences of childhood sexual abuse by gender of victim. *American Journal of Preventive Medicine*, 28, 430–438.
- Elliott, A. N. y Carnes, C. N. (2001). Reactions of nonoffending parents to the sexual abuse of their child: A review of the literature. *Child Maltreatment*, 6, 314–331.
- Feiring, C., Taska, L. S. y Lewis, M. (1998). Social support and children's and adolescents' adaptation to sexual abuse. *Journal of Interpersonal Violence*, 13, 240–260.
- Finkelhor, D. y Browne, A. (1985). The traumatic impact of child sexual abuse: A conceptualization. *American Journal of Orthopsychiatry*, 66, 530–541.
- Finkelhor, D. y Hotaling, T. (1984). Sexual abuse in the national incidence study of child abuse and neglect: An appraisal. *Child Abuse & Neglect*, 1, 23–32.
- Godbout, N., Briere, J., Sabourin, S. y Lussier, Y. (2014). Child sexual abuse and subsequent relational and personal functioning: The role of parental support. *Child Abuse & Neglect*, 38, 317–325.

- Gries, L. T., Goh, D. S., Andrews, M. B., Gilbert, J., Praver, F. y Stelzer, D. N. (2000). Positive reaction to disclosure and recovery from child sexual abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*, 9, 29–51.
- Hillberg, T., Hamilton-Giachritsis, C. y Dixon, L. (2011). Review of meta-analyses on the association between child sexual abuse and adult mental health difficulties: A systematic approach. *Trauma Violence & Abuse*, 12, 38–49.
- Kendall-Tackett, K. A. (2002). The health effects of childhood abuse: Four pathways by which abuse can influence health. *Child Abuse & Neglect*, 26, 715–729.
- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Lindert, J., von Ehrenstein, O. S., Grashow, R., Gal, G., Braehler, E. y Weisskopf, M. G. (2014). Sexual and physical abuse in childhood is associated with depression and anxiety over the life course: Systematic review and meta-analysis. *International Journal of Public Health*, 59, 359–372.
- López, F. (1994). *Los abusos sexuales de menores. Lo que recuerdan los adultos*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.
- Luthar, S. S., Cicchetti, D. y Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 71, 543–562.
- Maniglio, R. (2009). The impact of child sexual abuse on health: A systematic review of reviews. *Clinical Psychology Review*, 29, 647–657.
- Maniglio, R. (2010). Child sexual abuse in the etiology of depression: A systematic review of reviews. *Depression and Anxiety*, 27, 631–642.
- Maniglio, R. (2011). The role of child sexual abuse in the etiology of suicide and non-suicidal self-injury. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 124, 30–41.
- Mayring, P. (2014). *Qualitative content analysis: Theoretical foundation, basic procedures and software solution*. Austria: Klagenfurt.
- Mendelsohn, M. y Sewell, K. W. (2004). Social attitudes toward traumatized men and women: A vignette study. *Journal of Traumatic Stress*, 17, 103–111.
- Moran-Ellis, J., Alexander, V. D., Cronin, A., Dickinson, M., Fielding, J., Sleney, J., et al. (2006). Triangulation and integration: Processes, claims and implications. *Qualitative Research*, 6, 45–59.
- Morgan, D. L. (2007). Paradigms lost and pragmatism regained. Methodological implications of combining qualitative and quantitative methods. *Journal of Mixed Methods Research*, 1, 48–76.
- Neumann, D. A., Houskamp, B. M., Pollock, V. E. y Briere, J. (1996). The long-term sequelae of childhood sexual abuse in women: A meta-analytic review. *Child Maltreatment*, 1, 6–16.
- Paolucci, E., Genuis, M. y Violato, C. (2001). A meta-analysis of the published research on the effects of child sexual abuse. *Journal of Psychology*, 135, 17–36.
- Pereda, N. (2011). La importancia del apoyo social en la intervención con víctimas de abuso sexual infantil: una revisión teórica. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 4, 42–51.
- Pereda, N., Abad, J. y Guilera, G. (2016). Lifetime prevalence and characteristics of child sexual victimization in a community sample of Spanish adolescents. *Journal of Child Sexual Abuse*, 25, 142–158.
- Pereda, N., Forns, M. y Peró, M. (2007). Dimensional structure of the Brief Symptom Inventory with Spanish college students. *Psicothema*, 19, 634–639.
- 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.
- Porter, C. A. y Long, P. J. (1999). Locus of control and adjustment in female adult survivors of childhood sexual abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*, 8, 3–25.
- Roesler, T. A. (1994). Reactions to disclosure of childhood sexual abuse. The effect on adult symptoms. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 182, 618–624.
- Rutter, M. (1990). Psychosocial resilience and protective mechanisms. En J. Rolf, A. N. Masten, D. Cicchetti, K. H. Nuechterlein, y S. Weintraub (Eds.), *Risk and protective factors in development of psychopathology* (pp. 179–304). Cambridge: University Press.
- Smyth, J. M., Pennebaker, J. W. y Arigo, D. (2012). What are the health effects of disclosure? En A. Baum, T. A. Revenson, y J. E. Singer (Eds.), *Handbook of health psychology* (2nd ed., pp. 175–191). New York: Psychology Press.
- Spaccarelli, S. y Fuchs, C. (1997). Variability in symptom expression among sexually abused girls: Developing multivariate models. *Journal of Clinical Child Psychology*, 26, 24–35.
- Spataro, J. E., Mullen, P. E., Burgess, P. M., Wells, D. L. y Moos, S. A. (2004). Impact of child sexual abuse on mental health. Prospective study in males and females. *British Journal of Psychiatry*, 184, 416–421.
- Stroud, D. D. (1999). Familial support as perceived by adult victims of childhood sexual abuse. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 11, 159–175.
- Tyler, K. A. (2002). Social and emotional outcomes of childhood sexual abuse. A review of recent research. *Aggression and Violent Behavior*, 7, 567–589.
- Ullman, S. E. (1997). Attributions, world assumptions, and recovery from sexual assault. *Journal of Child Sexual Abuse*, 6, 1–19.
- Ullman, S. E. (1999). Social support and recovery from sexual assault: A review. *Aggression and Violent Behavior*, 4, 343–358.
- Ullman, S. E. (2000). Psychometric characteristics of the Social Reaction Questionnaire. *Psychology of Women Quarterly*, 24, 257–271.
- Ullman, S. E. (2002). Social reactions to child sexual abuse disclosures: A critical review. *Journal of Child Sexual Abuse*, 12, 89–121.
- Ullman, S. E. (2007). Structural models of the relations of assault severity, social support, avoidance coping, self-blame, and PTSD among sexual assault survivors. *Psychology of Women Quarterly*, 3, 23–77.
- Ullman, S. E. (2010). *Talking about sexual assault: Society's responses to survivors*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Ullman, S. E. y Filipas, H. H. (2005). Gender differences in social reactions to abuse disclosures, post-abuse coping, and PTSD of child sexual abuse survivors. *Child Abuse & Neglect*, 29, 767–782.
- Van Toledo, A. y Seymour, F. (2013). Interventions for caregivers of children who disclose sexual abuse: A review. *Clinical Psychology Review*, 33, 772–781.
- Wolfe, D. A., Jaffe, P. G., Jetté, J. L. y Poisson, S. (2003). The impact of child abuse in community institutions and organizations: Advancing professional and scientific understanding. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 179–191.