



Clínica y Salud

ISSN: 1130-5274

clin-salud@cop.es

Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid
España

de la Cruz, María Ángeles; Peña, María Elena; Andreu, José Manuel
Creencias Desadaptativas, Estilos de Afrontamiento y Apoyo Social Como Factores Predictores de la
Vulnerabilidad Psicopatológica en Mujeres Víctimas de Agresión Sexual
Clínica y Salud, vol. 26, núm. 1, enero-abril, 2015, pp. 33-39
Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid
Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180634124005>

- 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



Creencias desadaptativas, estilos de afrontamiento y apoyo social como factores predictores de la vulnerabilidad psicopatológica en mujeres víctimas de agresión sexual

María Ángeles de la Cruz, María Elena Peña* y José Manuel Andreu

Universidad Complutense de Madrid, España

INFORMACIÓN ARTÍCULO

Manuscrito recibido: 26/10/2014

Revisión recibida: 15/11/2014

Aceptado: 09/12/2014

Palabras clave:

Violencia sexual
Agresión sexual
Violación
Abuso sexual
Factores predictores
Impacto psicopatológico

RESUMEN

Se han recogido los principales factores de vulnerabilidad descritos en la literatura con objeto de comprobar su efecto sobre la sintomatología desarrollada en víctimas de agresión sexual. Las participantes fueron 77 mujeres víctimas de agresiones sexuales en la edad adulta que acudieron al Centro de Atención a Víctimas de Agresiones Sexuales (C.A.V.A.S.) de Madrid, entre los años 2010 y 2013. Los factores que mayor valor predictivo han presentado han sido: elevadas creencias desadaptativas sobre uno mismo, la creencia de control futuro o la realización de conductas preventivas y, como estrategias de afrontamiento, la planificación, el apoyo social instrumental y el uso de sustancias. En cuanto a los factores que han resultado ser predictores de un mejor ajuste destacan el control presente o control sobre la recuperación, la estrategia de autodistracción y la satisfacción con el apoyo social. Finalmente, se describen las implicaciones de los resultados y se sugieren futuras líneas de investigación.

© 2014 Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. Producido por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Maladaptive beliefs, coping strategies, and social support as predictive factors of psychopathological vulnerability in female victims of sexual assault

ABSTRACT

The main vulnerability factors subsequent to rape described in the literature have been included in this research to check their effects on the symptomatology developed in sexual assault victims. The participants were 77 women victims of sexual assaults when they were adults, attending the Victims of Sexual Assaults Centre (C.A.V.A.S.) in Madrid between 2010 and 2013. The factors with a higher predictive value were high maladaptive beliefs about one's self, the belief about future control, or developing preventative behaviors; coping strategies include planning, instrumental social support, and substance use. Factors standing out as predictors of a better adjustment include present control or control over the recovery, self-distraction (as coping strategy), and satisfaction with the social support. Finally, implications of results are described and future directions of research are suggested.

© 2014 Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. Production by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Keywords:

Sexual violence
Sexual assault
Rape
Sexual abuse
Predictive factors
Psychopathological impact

La agresión sexual es un suceso que provoca en la mayoría de las víctimas una serie de alteraciones y consecuencias que llegan a comprometer seriamente la salud mental (Echeburúa y Corral, 2006). Entre las consecuencias psicopatológicas que pueden estar presentes en las víctimas de estos sucesos destaca especialmente el denominado trastorno de estrés postraumático (TEPT). Es relevante señalar que el acontecimiento traumático vivido por la víctima es condición necesaria pero no suficiente para el desarrollo de este trastorno en víctimas de agresión sexual (Medina, 2001). Sería necesario, por tanto,

tener en cuenta la vulnerabilidad psicológica de la víctima en función de aquellos factores que influyen en el impacto de la agresión. Pero no se debe confundir con los factores de riesgo, que se refieren a una mayor atracción del agresor para elegir a una víctima. Así, las víctimas de riesgo tienen una mayor probabilidad de convertirse en víctimas de un delito, porque constituyen una presa fácil para el agresor, mientras que las víctimas vulnerables serían aquellas que tendrían mayor predisposición a sufrir mayores daños y secuelas tras la agresión sexual (Echeburúa y Corral, 2006).

En relación con los factores de vulnerabilidad, aquellos que influyen en el impacto psicológico de la agresión, es especialmente relevante tener en cuenta el momento temporal en el que se produce su influencia. En esta dirección, Echeburúa, Corral, Zubizarreta y Sara-

*La correspondencia sobre este artículo debe enviarse a María Elena Peña. Departamento de Personalidad, Evaluación y Psicología Clínica. Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid. Email: elenapf@psi.ucm.es

sua (1995) afirman que la reacción de la víctima ante la agresión sexual y su proceso de recuperación van a depender de los factores anteriores y posteriores a la violación, así como de las características de la misma.

Son numerosos los factores que influyen sobre la severidad de la sintomatología y el proceso de recuperación una vez ocurrida la agresión sexual. No obstante, algunos autores sugieren que los factores posteriores a la agresión serían los mejores predictores de la sintomatología reactiva a la agresión (Frazier, Gavian et al., 2011; Ullman, Filipas, Townsend y Starzynski, 2007). Entre estos factores destacan las creencias desadaptativas, las estrategias de afrontamiento y el apoyo social.

Creencias desadaptativas

Las personas que realizan valoraciones negativas tras sufrir un trauma tienen mayores tasas de TEPT (Belsher, Ruzek, Bongar y Cordova, 2012; Dunlap, 2006). Estas creencias desadaptativas desarrolladas a partir del trauma predicen peores resultados sobre la salud e influyen directa e indirectamente sobre la sintomatología global (Kleim, Ehlers y Glucksman, 2012; Koss y Figueredo, 2004; Koss, Figueredo y Prince, 2002).

Dentro de las creencias desadaptativas destacan las ideas de culpa que, en general, se han relacionado negativamente con el trastorno de estrés postraumático, la depresión y un peor ajuste tras la agresión sexual en diferentes estudios (Breitenbecher, 2006; Filipas y Ullman, 2006; Najdowski y Ullman, 2009; Ullman, Townsend, Filipas y Starzynski, 2007; Walsh y Bruce, 2011).

De acuerdo con el estudio de Frazier (2003), Walsh y Bruce (2011) hallaron que el pasado control se relacionó con un peor ajuste psicológico tras la agresión, en concreto la conducta de culpa se relacionó principalmente con la depresión. El control futuro no se relacionó con un mejor ajuste, sin embargo. Finalmente, los resultados sugirieron que el control sobre la recuperación (presente) supone un factor de protección contra el TEPT y la depresión tras una agresión sexual.

Estrategias de afrontamiento

Los estilos de afrontamiento han sido escasamente estudiados en relación con las agresiones sexuales, aunque se han relacionado con el TEPT (Riolfi y Savicki, 2010).

Ullman, Townsend et al. (2007), diferencian entre estrategias de afrontamiento adaptativas y desadaptativas. En la mayoría de investigaciones, las estrategias de afrontamiento desadaptativas también se han relacionado con elevada sintomatología de TEPT (Filipas y Ullman, 2006; Frazier, Mortensen y Steward, 2005; Najdowski y Ullman, 2009).

Apoyo social

Según la mayoría de las investigaciones, los efectos de una agresión sexual a corto y a largo plazo son menores cuando la víctima cuenta con un buen apoyo social (Belsher et al., 2012; Echeburúa y Corral, 2006; Filipas y Ullman, 2001; Frazier, Gavian et al., 2011).

El apoyo social percibido por la víctima, ya que no es suficiente con que exista sino que lo tiene que percibir, parece que es un fuerte predictor a largo plazo y sus efectos son acumulativos en el tiempo (Ozer, Weiss, Best y Lipsey, 2008).

Teniendo en cuenta las investigaciones precedentes, el presente estudio pretende establecer el poder predictivo de los principales factores de vulnerabilidad posteriores a la agresión descritos en la literatura científica sobre la sintomatología clínica desarrollada en víctimas de agresión sexual. Se espera que las creencias desadaptativas y las estrategias de afrontamiento desadaptativas predecirán una mayor sintomatología. Por otro lado, se espera que el control sobre la recuperación, las estrategias de afrontamiento adaptativas, así como

el apoyo social, sean factores predictores de una menor sintomatología, actuando de este modo como variables protectoras.

Método

Participantes

Las participantes fueron 77 mujeres mayores de edad, víctimas de agresiones sexuales en la edad adulta, que acudieron al Centro de Atención a Víctimas de Agresiones Sexuales de la Comunidad de Madrid entre los años 2010 y 2013. A este centro se puede acceder mediante la derivación tanto de la policía como de los hospitales y Servicios Sociales. Asimismo, se puede acceder de forma personal sin derivación de ningún recurso, por lo que no es necesario haber denunciado la agresión sexual. Es relevante señalar que cuando se habla de agresión sexual como criterio de inclusión en la presente investigación se tiene en cuenta tanto la definición de agresión sexual como la de abuso sexual según el actual Código Penal.

Las características demográficas de la muestra se describen en la tabla 1.

Diseño

El presente estudio se ha configurado como un estudio "ex post facto" retrospectivo, siguiendo la clasificación de Montero y León (2005). Este estudio responde a un diseño de corte transversal con un único grupo de mujeres.

Variables e instrumentos de medida

Se describen a continuación las variables y los instrumentos de medida aplicados que forman parte del estudio predictivo de regresión.

a) *Creencias desadaptativas*, medidas a través del Inventario de Cogniciones Postraumáticas (The Posttraumatic Cognitions Inventory, PTCI; Foa, Ehler, Clark, Tolin y Orsillo, 1999). Es una escala tipo Likert que cuenta con 36 ítems, con una gradación de 1 (*totalmente en desacuerdo*) a 7 (*totalmente de acuerdo*), que sirve para evaluar pensamientos y creencias relacionados con el trauma. Consta de tres subescalas que miden cogniciones negativas acerca de sí mismo, cogniciones negativas acerca del mundo y autopenalización o ideas de culpa.

Tabla 1
Características demográficas de la muestra

Variables sociodemográficas		N	%
Edad	18-30	46	59.7
	31-40	22	28.6
	41-50	9	11.7
	> 50	0	0
Estado civil	Soltera	61	79.2
	Casada	10	13
	Separada/divorciada	6	7.8
	Viuda	0	0
Lugar de origen	España	52	67.5
	Resto Europa	2	2.6
	América del Norte	2	2.6
	América del Sur	20	26
	África	1	1.3
	Asia-Oceanía	0	0
Nivel de estudios	Sin estudios	0	0
	Formación profesional	14	18.2
	Estudios primarios	7	9.1
	Estudios secundarios	23	29.9
	Estudios universitarios	33	42.9
Situación laboral	En activo	37	48.1
	Desempleada	21	27.3
	Jubilada	0	0
	Otros	19	24.7

La escala fue validada en una muestra de 601 voluntarios norteamericanos. Tanto sus tres escalas específicas como la escala global muestran una excelente consistencia interna, con puntuaciones obtenidas mediante el alfa de Cronbach superiores a .86 en todas ellas y una fiabilidad test-retest superior a .70. En la presente investigación, el coeficiente alfa alcanzó el valor de .95 para la escala total.

b) *Culpa, control sobre la recuperación, creencia de control futuro y creencia de mayor probabilidad de una nueva agresión*, medidas a través del Cuestionario RAQ (Rape Attribution Questionnaire; Frazier, 2003). Este cuestionario fue desarrollado por Frazier (2003) y consta de una serie de escalas que miden la conducta de culpa, la culpa externa, el control sobre la recuperación y el control futuro. Las respuestas se codifican en una escala de 5 puntos, donde 5 = *muy frecuentemente* y 1 = *nunca*. Estas escalas tienen una alta fiabilidad. En el estudio de Frazier (2003) el coeficiente alfa para la escala de conducta culpa fue .87, para la escala de control sobre la recuperación fue .81, y para las escalas de control futuro y probabilidad de una nueva agresión, el coeficiente alfa fue .70 y .83 respectivamente. En la presente investigación, el coeficiente alfa alcanzó el valor de .68 para la escala total.

c) *Estrategias de afrontamiento*, medidas a través de la Escala abreviada COPE de afrontamiento (Brief COPE; Carver, 1997; adaptación española de Crespo y Cruzado, 1997). Este cuestionario está formado por 28 ítems en su versión reducida con una escala tipo Likert de cuatro puntos, donde 1 = *no hago nada de esto en absoluto* y 4 = *hago esto con mucha frecuencia*. Traducido por Morán, Landero y González (2010), este cuestionario revisa las siguientes áreas: afrontamiento activo, planificación, apoyo social instrumental, búsqueda de apoyo social emocional, autodistracción, religión, reevaluación positiva, aceptación, centrarse en las emociones y desahogarse, autoinculpación, negación, desconexión conductual, humor y consumo de alcohol y drogas. El coeficiente de fiabilidad alfa en la escala original fue de .45 a .92 (sólo una de las escalas tiene un coeficiente menor de .60), empleándose la versión reducida únicamente para fines de investigación. En esta investigación, el COPE obtuvo un coeficiente alfa de .60 para la escala total.

d) *Existencia de apoyo social y satisfacción con el apoyo social*. Estas variables se incluyen en una entrevista semiestructurada con 26 preguntas, utilizada por el centro como protocolo para la evaluación inicial.

e) *Sintomatología de trastorno de estrés postraumático*, medida a través de la Escala de Trauma de Davidson (The Davidson Trauma Scale, DTS; Davidson et al., 1997). Sus ítems se basan en los criterios DSM-IV para este trastorno. Validado en España por Bobes et al. (2000) con una consistencia interna de .90 y una validez concurrente con el SCID de .83. En la presente investigación, el DTS obtuvo un alfa de .84 para ambas sub-escalas de frecuencia y gravedad.

f) *Sintomatología depresiva*, medida a través del Inventario de depresión de Beck (Beck Depression Inventory, BDI; Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979; versión española de Vázquez y Sanz, 1997). Es un instrumento que tiene como objetivo identificar los síntomas depresivos y evaluar la intensidad de los mismos. Para este estudio se ha utilizado la versión autoaplicada de 21 ítems. Los ítems están estructurados en una escala tipo Likert con cuatro alternativas de respuesta (de 0 a 3), que el sujeto debe elegir en función de cómo se ha sentido durante la última semana. Presenta una fiabilidad test-retest que oscila entre .60 y .62 y una elevada consistencia interna (.83). En la presente investigación, el BDI obtuvo un alfa de .93.

g) *Sintomatología de ansiedad*, medida a través del Inventario de ansiedad de Beck (Beck Anxiety Inventory, BAI; Beck, Epstein, Brown y Steer, 1988). Este inventario tiene por objetivo ofrecer una medida fiable y válida de la ansiedad que discrimine de forma fiable del constructo de la depresión. Consta de 21 ítems, de los cuales 14 (el 66.7%) se refieren a síntomas fisiológicos, mientras que sólo 4 evalúan aspectos cognitivos y 3 aspectos afectivos de la ansiedad. Por otro lado, 19 de los 21 ítems (90.5%) se refieren a síntomas característicos de las crisis de angustia. Los ítems están estructurados en

una escala tipo Likert que oscila de 0 (*nada en absoluto*) a 3 (*gravemente, casi no podía soportarlo*). Ha sido traducido por Sanz y Navarro (2003) y han analizado sus propiedades psicométricas encontrando una consistencia interna que oscila entre .90 y .94. En la presente investigación, el BAI obtuvo un alfa de .94.

h) *Inadaptación*, medida a través de la Escala de inadaptación (EI; Echeburúa, Corral y Fernández-Montalvo, 2000). Es una escala tipo Likert que cuenta con 6 ítems, con una gradación de 0 (*nada*) a 5 (*muchísimo*), que evalúa en qué medida el problema del sujeto afecta a las diferentes áreas de su vida como el trabajo, vida social, tiempo libre, relación de pareja y convivencia familiar, junto con una valoración global. El rango de la escala total es 0 a 30; cuanto mayor es la puntuación, mayor es la inadaptación. La escala ha sido validada en población española, con una muestra clínica de 222 pacientes aquejados de cuadros clínicos diversos y con una muestra normativa de 100 sujetos. El índice de consistencia interna obtenido mediante el coeficiente alfa de Cronbach, en el estudio original, ha sido de .94. En la presente investigación, la escala EI obtuvo un coeficiente alfa de .74.

Procedimiento

En un primer momento, las mujeres tuvieron una entrevista inicial con la trabajadora social del centro. En esta entrevista se les planteó la posibilidad de colaborar voluntariamente en la investigación, se obtuvo el consentimiento informado y se garantizó la confidencialidad de los datos, además de ofrecer los recursos propios del centro sin ningún compromiso con la investigación. Estos recursos son la atención psicológica y jurídica, para quien lo necesite, de forma gratuita. Asimismo, se recogieron los datos demográficos y de la agresión sufrida.

La segunda parte del protocolo son los cuestionarios autoadministrados, por lo que no es necesario ningún entrevistador ni observador. La evaluación se llevó a cabo en una sala acondicionada del propio centro, donde la persona pudo realizar las pruebas con total comodidad y sin interrupciones. Las instrucciones para las pruebas fueron dadas por la trabajadora social, con el entrenamiento requerido para tal fin. Estos cuestionarios se realizaron en el mismo día de la entrevista. Por otra parte, la psicóloga del centro estaba disponible, además de la trabajadora social, por si surgiera alguna duda.

El orden de los cuestionarios se ha ido cambiando de forma aleatoria para eliminar el efecto del cansancio u otros factores contaminadores. En algunos casos, cuando las víctimas no dieron su consentimiento o se consideró que no podían realizar los cuestionarios, se perdieron algunos datos. En total, fueron excluidos de la presente investigación aquellos casos en los que las víctimas no dieron su consentimiento (16 casos) o se consideró que no podían cumplimentar los cuestionarios por baja capacidad intelectual o competencia lingüística o bien por presentar datos erróneos o incompletos (33 casos excluidos).

Resultados

Para la realización de los análisis estadísticos se ha empleado el paquete estadístico SPSS v.19. En las siguientes tablas se presentan los resultados correspondientes a los análisis de regresión tomando como variables predictoras las anteriormente mencionadas y como variables criterio el amplio conjunto de síntomas postraumáticos analizado.

Como se aprecia en los pesos de regresión, la variable que entró en primer lugar en la ecuación (modelo 1), y la más relevante para la explicación del TEPT, es creencias desadaptativas sobre uno mismo ($B = 0.50$, $t = 4.62$, $p < .001$, $R^2 = .40$), la cual explica por sí sola un 40% de la varianza del TEPT. Considerando el efecto de las creencias desadaptativas sobre uno mismo, la segunda variable en entrar en la ecuación (modelo 2), fue el control sobre la recuperación ($B = 0.34$, $t = -3.21$, $p < .01$; $R^2 = .10$), la cual explica significativamente un 10.5% del TEPT y lo hace en sentido negativo, es decir, cuanto menos control sobre la recuperación mayor sintomatología del TEPT. La tercera

variable en entrar (modelo 3), fue la estrategia de afrontamiento apoyo social instrumental ($B = 0.27$, $t = 2.80$, $p < .01$, $R^2 = .07$), la cual explica significativamente un 7% del TEPT. La cuarta variable en entrar (modelo 4), fue la estrategia de afrontamiento uso de sustancias ($B = 0.30$, $t = 3.08$, $p < .01$, $R^2 = .05$), la cual explica significativamente un 5.7% del TEPT. Finalmente (modelo 5), entró la variable creencia control futuro ($B = 0.25$, $t = 2.55$, $p < .05$, $R^2 = .05$), con una aportación del 5.8% de la varianza. La cantidad de varianza explicada por las cinco variables fue del 64.6% (R^2 ajustado = .64).

Como se aprecia en los pesos de regresión, la variable que entró en primer lugar en la ecuación (modelo 1), y la más relevante para la explicación de la depresión, es creencias desadaptativas sobre uno mismo ($B = 0.76$, $t = 8.39$, $p < .001$, $R^2 = .62$), la cual explica por sí sola un 62% de la varianza de la depresión. Considerando el efecto de las creencias desadaptativas sobre uno mismo, la segunda variable en entrar en la ecuación (modelo 2), fue la estrategia de afrontamiento autodistracción ($B = 0.26$, $t = -2.95$, $p < .01$, $R^2 = .07$), la cual explica significativamente un 7.1% de la depresión y lo hace de forma negativa, es decir, cuanto menos se emplea la estrategia de afrontamiento de autodistracción mayor depresión. La cantidad de varianza explicada por las dos variables fue del 67.5% (R^2 ajustado = .67).

Como se aprecia en la siguiente tabla, la variable que entró en primer lugar en la ecuación (modelo 1), y la más relevante para la explicación de la ansiedad, es creencias desadaptativas sobre uno mismo ($B = 0.51$, $t = 4.21$, $p < .001$, $R^2 = .30$), la cual explica por sí sola un 30.4% de la varianza de la ansiedad. Considerando el efecto de las creencias desadaptativas sobre uno mismo, la segunda variable en entrar en la ecuación (modelo 2) fue la estrategia de afrontamiento

autodistracción ($B = 0.37$, $t = -3.03$, $p < .01$, $R^2 = .13$), la cual explica significativamente un 13.6% de la ansiedad y lo hace de forma negativa, es decir, cuanto menos se emplea la estrategia de afrontamiento de autodistracción mayor ansiedad. La cantidad de varianza explicada por las dos variables fue del 41% (R^2 ajustado = .41).

La variable que entró en primer lugar en la ecuación (modelo 1), y la más relevante para la explicación de la inadaptación general total, es creencias desadaptativas sobre uno mismo ($B = 0.37$, $t = 2.85$, $p < .01$, $R^2 = .24$), la cual explica por sí sola un 24.7% de la varianza de la inadaptación total. Considerando el efecto de las creencias desadaptativas sobre uno mismo, la segunda variable en entrar en la ecuación (modelo 2) fue la creencia sobre control futuro ($B = 0.32$, $t = 2.74$, $p < .01$, $R^2 = .13$), la cual explica significativamente un 13.3% de la inadaptación general total. La tercera variable en entrar (modelo 3), fue el control sobre la recuperación ($B = 0.37$, $t = -2.75$, $p < .01$, $R^2 = .07$), la cual explica significativamente un 7.5% de la inadaptación total y lo hace en sentido negativo, es decir, cuanto menor control sobre la recuperación mayor inadaptación total. Finalmente (modelo 4), entró la variable estrategia de afrontamiento planificación ($B = 0.25$, $t = 2.10$, $p < .05$, $R^2 = .06$), como variable predictora con una aportación del 6% de la varianza. La cantidad de varianza explicada por las cuatro variables fue del 46% (R^2 ajustado = .46).

Discusión

Las creencias desadaptativas, en concreto las referentes a uno mismo, han resultado ser el factor predictor de sintomatología más potente de todo el estudio, por lo que se confirma la hipótesis de la in-

Tabla 2
Resultado del análisis de regresión para la sintomatología de estrés postraumático

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	F(gl)	p <	Cambio en R ²	Cambio en F ² (gl)	p <
Modelo 1 ^a	.632	.400	.384	25.962(1)	.001	.400	25.962(1)	.001
Modelo 2 ^b	.711	.505	.479	19.371(2)	.001	.105	8.073(1)	.01
Modelo 3 ^c	.758	.575	.541	16.695(3)	.001	.070	6.121(1)	.05
Modelo 4 ^d	.795	.632	.592	15.489(4)	.001	.057	5.618(1)	.05
Modelo 5 ^e	.831	.690	.646	15.596(5)	.001	.058	6.521(1)	.05

Nota. ^aCreencias desadaptativas sobre uno mismo. ^bCreencias desadaptativas sobre uno mismo, control sobre recuperación. ^cCreencias desadaptativas sobre uno mismo, control sobre recuperación, afrontamiento apoyo social. ^dCreencias desadaptativas sobre uno mismo, control sobre recuperación, afrontamiento apoyo social instrumental, afrontamiento uso de sustancias. ^eCreencias desadaptativas sobre uno mismo, control sobre recuperación, afrontamiento apoyo social, afrontamiento uso de sustancias, creencia control futuro.

Tabla 3
Resultado del análisis de regresión para la sintomatología depresiva

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	F(gl)	p <	Cambio en R ²	Cambio en F ² (gl)	p <
Modelo 1 ^a	.787	.620	.610	63.603(1)	.001	.620	63.603(1)	.001
Modelo 2 ^b	.831	.691	.675	42.478(2)	.001	.071	8.736(1)	.01

Nota. ^aCreencias desadaptativas sobre uno mismo. ^bCreencias desadaptativas sobre uno mismo, afrontamiento autodistracción.

Tabla 4
Resultado del análisis de regresión para la ansiedad

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	F(gl)	p <	Cambio en R ²	Cambio en F ² (gl)	p <
Modelo 1 ^a	.551	.304	.286	16.994(1)	.001	.304	16.994(1)	.001
Modelo 2 ^b	.663	.440	.410	14.905(2)	.001	.136	9.229(1)	.01

Nota. ^aCreencias desadaptativas sobre uno mismo. ^bCreencias desadaptativas sobre uno mismo, afrontamiento autodistracción.

Tabla 5
Resultado del análisis de regresión para la variable criterio inadaptación general total

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	F(gl)	p <	Cambio en R ²	Cambio en F ² (gl)	p <
Modelo 1 ^a	.497	.247	.228	12.782(1)	.001	.247	12.782(1)	.001
Modelo 2 ^b	.616	.379	.347	11.619(2)	.001	.133	8.121(1)	.01
Modelo 3 ^c	.674	.454	.410	10.273(3)	.001	.075	5.084(1)	.05
Modelo 4 ^d	.717	.514	.460	9.531(4)	.001	.060	4.440(1)	.05

Nota. ^aCreencias desadaptativas sobre uno mismo. ^bCreencias desadaptativas sobre uno mismo, creencia control futuro. ^cCreencias desadaptativas sobre uno mismo, creencia control futuro, control sobre recuperación. ^dCreencias desadaptativas sobre uno mismo, creencia control futuro, control sobre recuperación, afrontamiento planificación.

vestigación y coincide con otras investigaciones (Belsher et al., 2012; Dunlap, 2006). De acuerdo con Dunlap (2006), el TEPT se ha asociado significativamente con las creencias negativas tras una agresión sexual, siendo de forma mayoritaria las referidas a uno mismo.

En cuanto a la *culpa*, se ha refutado la hipótesis inicial, no resultando ser un factor predictor, lo cual está en desacuerdo con la mayoría de investigaciones (Breitenbecher, 2006; Filipas y Ullman, 2006; Frazier, 2003; Ullman, Townsend et al., 2007; Walsh y Bruce, 2011). Este hecho puede ser debido al instrumento de evaluación empleado, ya que tiene en cuenta solo la conducta de culpa, no contemplando la culpa caracterológica. Según Janoff-Bulman (1979), la culpa caracterológica implica hacer atribuciones hacia recursos personales no modificables y se asocia con una creencia acerca de merecer lo ocurrido por acciones pasadas y la conducta de culpa se relaciona con el control, implica atribuciones sobre la propia conducta y se asocia con una creencia acerca de la posibilidad de evitar futuros sucesos desagradables. Algunos estudios han encontrado que la culpa caracterológica es más dañina que la conducta de culpa (Breitenbecher, 2006; Koss y Figueredo, 2004).

Según Koss y Figueredo (2004), la culpa caracterológica fue determinante en el nivel inicial de creencias desadaptativas. De acuerdo con estos autores, algunos estudios (Kleim et al., 2012; Koss y Figueredo, 2004; Koss et al., 2002) relacionan íntimamente la culpa caracterológica con las creencias desadaptativas, las cuales sí han resultado ser un potente factor predictor, siendo en ocasiones difícil diferenciar ambos conceptos.

De acuerdo con algunos autores (Frazier, 2003; Frazier, Keenan et al., 2011; Frazier et al., 2005; Najdowski y Ullman, 2009; Ullman, Filipas et al., 2007; Walsh y Bruce, 2011) el control presente o *control sobre la recuperación* ha resultado ser un factor predictor de protección, confirmando la hipótesis del estudio.

Se esperaba que la *creencia en un control futuro* o la realización de conductas preventivas fuera un factor predictor de mayor sintomatología, de acuerdo con otras investigaciones (Frazier, Keenan et al., 2011; Walsh y Bruce, 2011). Se confirma esta hipótesis, ya que ha resultado ser factor predictor del TEPT y de la inadaptación general total. Frazier, Keenan et al. (2011) explican que el hecho de que algunas personas se centren en la necesidad de prevenir un suceso poco controlable no supone una buena estrategia de ayuda.

Con respecto a las *estrategias de afrontamiento*, se encuentran resultados contradictorios en investigaciones anteriores, dificultando la comparación de resultados debido a los diferentes nombres asignados a las estrategias de afrontamiento y a los diferentes instrumentos de evaluación empleados. Algunos autores que han utilizado en su estudio el Brief COPE, el mismo instrumento de medida que en la presente investigación, engloban como estrategias de afrontamiento de evitación las estrategias de autodistracción, negación y desconexión conductual, las cuales se relacionan con un peor ajuste tras la agresión (Najdowski y Ullman, 2009, 2011; Starzynski, Ullman, Filipas, & Townsend, 2005; Ullman, Townsend et al., 2007). Asimismo, Najdowski y Ullman (2009) consideran estrategias de afrontamiento adaptativas y por tanto relacionadas con un mejor ajuste tras la agresión, las estrategias de afrontamiento activo, apoyo emocional, apoyo social instrumental, reevaluación positiva, desahogo, planificación, aceptación, humor y religión.

Los resultados obtenidos muestran como factores predictores de mayor sintomatología las siguientes estrategias de afrontamiento: planificación (predictor de inadaptación total), apoyo social instrumental (predictor de TEPT) y uso de sustancias (factor predictor de TEPT). Por otro lado, ha resultado ser factor predictor de un mejor ajuste psicológico la estrategia de autodistracción, factor predictor de menor depresión y ansiedad.

De acuerdo con los anteriores estudios (Ullman y Najdowski, 2009; Ullman, Townsend et al., 2007), la estrategia de uso de sustancias se ha relacionado con un peor ajuste tras la agresión. Sin embargo, el resto de los resultados no han sido consistentes con las ante-

riores investigaciones, como sucede con las estrategias de apoyo social instrumental y planificación, que han resultado ser predictoras de un peor ajuste psicológico, y con la estrategia de autodistracción, que ha resultado ser factor predictor de un mejor ajuste.

En cuanto a la estrategia de apoyo social instrumental, al contrario que en otros estudios, se ha relacionado con una mayor sintomatología tras la agresión. Borja, Callahan y Rambo (2009) explican este fenómeno y describen que el apoyo recibido puede ser bien intencionado pero no el que necesita la víctima en ese momento, lo cual puede constituir un estresor.

La estrategia de planificación se ha mostrado como factor predictor de mayor sintomatología. Esta estrategia consiste en pensar acerca de cómo afrontar el estresor y planificar estrategias de acción (Morán et al., 2010). Se trata de una estrategia adaptativa orientada al problema. Sin embargo, algunos autores sugieren que las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción son más efectivas que las centradas en el problema en el caso de eventos no controlables como son las agresiones sexuales (Rioli y Savicki, 2010).

En la presente investigación ha resultado ser factor predictor de menor depresión y ansiedad la estrategia de autodistracción, que se define como el intento de concentrarse en otros proyectos, tratando de distraerse con otras actividades para no concentrarse en el estresor (Morán et al., 2010). Estos resultados podrían mostrar el efecto de la evitación cognitiva a corto plazo, por lo que sería conveniente valorar este efecto a largo plazo, el cual según los estudios anteriores (Najdowski y Ullman, 2009; Starzynski et al., 2005; Ullman, Townsend et al., 2007) sería predictor de un peor ajuste.

En cuanto a la última variable estudiada, el *apoyo social*, numerosos estudios refieren que los efectos de una agresión sexual a corto y a largo plazo son menores cuando la víctima cuenta con un buen apoyo social (Belsher et al., 2012; Echeburúa y Corral, 2006; Filipas y Ullman, 2001; Frazier, Gavian et al., 2011).

Sin embargo, en la presente investigación, la variable existencia de apoyo social no ha resultado ser un factor predictor, mientras que la satisfacción con el apoyo social solo ha resultado ser un factor predictor de dos subescalas de la inadaptación, en las áreas de tiempo libre y familiar. Estos resultados coinciden con los de Ozer et al. (2008), que refieren que es mejor predictor de sintomatología el apoyo social percibido que la existencia de dicho apoyo.

Estos resultados solo tienen en cuenta la variable apoyo social desde un punto de vista positivo y algunos autores hacen referencia a que las reacciones negativas del entorno son una variable más central y con mayor peso a la hora de predecir una mayor severidad de sintomatología que un apoyo social positivo (Belsher et al., 2012; Ullman, Filipas et al., 2007; Ullman, Townsend et al., 2007).

En el presente estudio se han dado una serie de limitaciones que deben de ser tenidas en cuenta. En primer lugar, el tipo especial de participantes objeto de estudio, ya que no todas denuncian la violación ni acuden a centros asistenciales y de las que sí lo hacen no todas se muestran voluntarias, algo comprensible teniendo en cuenta el estado psicológico en el que se encuentran las víctimas. Debido a este hecho, y a que la procedencia de las participantes era de un solo centro de la Comunidad de Madrid, el tamaño de la muestra fue relativamente pequeño. Esto supone que los resultados no se pueden generalizar y deben interpretarse con cautela.

Teniendo en cuenta las características especiales de la muestra, se ha intentado recoger el mayor número de variables tratando de no exceder el número de cuestionarios empleados en el protocolo. Por esta razón se ha optado por versiones reducidas de algunos instrumentos como del COPE, el cual a pesar de tener buenas propiedades psicométricas quizás no sea el instrumento más completo en su versión reducida para la medida de las estrategias de afrontamiento, por lo que se recomienda ahondar más profundamente en esta área en futuras investigaciones.

Por último, en relación con los instrumentos de evaluación, se escogió el Cuestionario RAQ (Frazier, 2003) para la medida de la variable

culpa, ya que ha sido empleado en numerosos estudios con víctimas de agresiones sexuales (Frazier, 2003; Frazier, Keenan et al., 2011; Frazier et al., 2005; Koss et al., 2002; Ullman, Filipas et al., 2007; Ullman, Townsend et al., 2007; Walsh y Bruce, 2011). Sin embargo, este cuestionario solo mide uno de los componentes de la culpa, la conducta de culpa, y no tiene en cuenta la culpa caracterológica, por lo que sería conveniente incluir en siguientes investigaciones este segundo componente.

De cara al ámbito forense y al proceso terapéutico es importante conocer estos factores predictivos para poder detectar aquellas víctimas de alto riesgo de desarrollar una sintomatología más severa que requieran una especial atención, proporcionando una asistencia individualizada tanto a corto como a largo plazo. Por otra parte, este conocimiento también es importante en relación con el ámbito de la prevención.

Extended Summary

Violence against women, in every way, is a public health problem which is becoming frequent and serious in our society, affecting millions of people around the world. The concept of violence against women encompasses *sexual violence*, which is defined, according to the World Health Organization, as "every sexual act, attempt to finish a sexual act, comments or not desired sexual insinuations, or the actions to commercialize or use of any other mode the sexuality of a person by means of coercion by another person, independently of the relation of this person with the victim, in any sphere, included the home and workplace".

Sexual assault is a crime that causes a severe impact over time, both on physical and psychological health and on the social welfare of people suffering it (Echeburúa y Corral, 2006). An agreement appears to exist regarding the main consequences of a sexual assault. Within these consequences, it is worth highlighting *posttraumatic stress disorder*, depression, anxiety disorders, substance abuse or dependency, suicide attempts, eating disorders, and sexual dysfunctions.

However, these symptoms do not appear in all cases and do not happen in a uniform way. Actually, having suffered a traumatic event by the victim is a necessary but not sufficient condition for the disorder's development in victims of sexual assaults (Medina, 2001). It would be necessary, therefore, to take into account the victim's psychological vulnerability depending on those factors contributing to the impact of the assault.

These factors, which affect the psychological impact of the assault, are called vulnerability factors. It is important to take into account the timeframe within which its influence happens. Along these lines, Echeburúa, Corral, Zubizarreta, and Sarasua (1995) states that victim's reaction to the sexual assault and the recovery process would depend on factors that are previous and subsequent to the assault and on the characteristics of the assault.

Some authors suggest that factors subsequent to the assault would be the best indicators of symptomatology reactive to the assault (Frazier, Gavian et al., 2011; Ullman, Filipas, Townsend, & Starzynski, 2007). Among these factors, maladaptive beliefs, coping strategies and social support have to be highlighted.

The main vulnerability factors subsequent to the rape described in the literature have been included in this research to check their effects on the symptomatology developed by sexual assault victims. Maladaptive beliefs and coping strategies are expected to predict a stronger symptomatology. Furthermore, control over the recovery, adaptive coping strategies and social support are expected to be predictors of lower symptomatology – i.e., they are protective variables.

Method

Participants were 77 adult women, victims of sexual assaults when they were adults, attending the Victims of Sexual Assaults Centre (C.A.V.A.S.) in Madrid between 2010 and 2012. Demographic sample characteristics are described in Table 1.

This study is set as an "ex post facto" retrospective study, following Montero and León's listing (2005) and uses a cross section design with only a group of women.

Variables and instruments employed are the following: maladaptive beliefs, measured by means of the Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI; Foa, Ehler, Clark, Tolin, & Orsillo, 1999); Self-Blame, Control Over the Recovery, Belief in Future Control, and belief about a higher probability of a new assault, measured through the Rape Attribution Questionnaire (RAQ; Frazier, 2003); coping strategies, measured through the Brief COPE Inventory (Brief COPE, COPE-28; Carver, 1997); social support existency and satisfaction with the social support, which are included in a semi-structured interview.

More than one dependent variable has been taken into account referring to the victim's main symptomatology: posttraumatic stress disorder symptomatology, measured through The Davidson Trauma Scale (DTS; Davidson et al., 1997); depressive symptomatology, measured by means of Beck's depression inventory (BDI; Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979); symptomatology of anxiety, measured through the Beck's Anxiety Inventory (BAI; Beck, Epstein, Brown, & Steer, 1988); and inability to adapt, measured through the Escala de inadaptación [Maladjustment Scale] (EI; Echeburúa, Corral, & Fernández-Montalvo, 2000).

First of all, women had an initial interview with the centre's social worker. In this interview they were told that cooperation in the research was on a voluntary basis, they signed an informed consent, and confidentiality of data was guaranteed. Resources of the center were available for the research without any obligation.

The second part of the protocol consists of self-managed questionnaires – it implies that there is no need for an interviewer or an observer. The evaluation was carried out in a comfortable room in the center, where no interruptions were guaranteed. Instructions were given by the social worker, appropriately trained for that purpose. Questionnaires were filled in the same day of the interview. Apart from the social worker, the centre's psychologist was also available, to answer any questions while the questionnaires were filled.

Questionnaires' order was changed randomly so that tiredness or other factors affecting the research could be avoided.

In some cases, when the victims did not consent or it was considered that they could not fill the questionnaires, some data was lost. So, other participants were added until the sample size was enough to carry out this research.

Results

A number of regression analyses were made to determine how the vulnerability factors considered can explain the clinical symptomatology presented and which of them had higher predictive capacity.

The results have been consistent with other studies. Thus, the factors with a higher predictive value that presented a higher clinical symptomatology after the assault were: high maladaptive beliefs about one's self, the belief in future control or doing preventative behaviors, and as strategies of coping, planning, instrumental social support, and substance use. Regarding the factors which have resulted to be predictor of a better adjustment, those standing out are: the present control or control over the recovery, the self-distraction (as coping strategy), and finally the satisfaction with the social support.

Discussion

The results are consistent with many previous studies. This does not mean they aren't an important contribution to this field of study – actually, it is the first time that many variables which can be related to a higher symptomatology after suffering a sexual assault have been gathered in the same study.

The *maladaptive beliefs*, in particular the ones regarding one's self, turned out to be the predictor factor of the most powerful symptomatology of this whole study, which confirms this research's hypothesis and coincides with other studies (Belsher, Ruzek, Bongar, & Cordova, 2012; Dunlap, 2006).

Regarding the *self-blame*, the initial hypothesis has been refuted, not resulting into a predictor factor, that is in disagreement with most studies (Breitenbecher, 2006; Filipas & Ullman, 2006; Frazier, 2003; Ullman, Townsend, Filipas, & Starzynski, 2007; Walsh & Bruce, 2011). This could be because of the evaluation tool used, as it only takes into account the self-blame behaviour, but does not consider the characterological self-blame.

According to some authors (Frazier, 2003; Frazier, Keenan et al., 2011; Frazier, Mortensen, & Steward, 2005; Najdowski & Ullman, 2009; Ullman, Filipas et al., 2007; Walsh & Bruce, 2011) the present control or *control over the recovery* has been a predictor factor of protection, confirming the research's hypothesis.

The belief in future control or the preventive type behaviour realization was expected to be a predictive factor of a higher symptomatology, according to other studies (Frazier, Keenan et al., 2011; Walsh & Bruce, 2011) and this hypothesis is confirmed.

Regarding the *coping strategies*, results from other studies seem contradictory, making it difficult to compare results due to the different names given to coping strategies and the different evaluation tools used. The results obtained show as predictor factors of a higher symptomatology the following coping strategies: planning, total inability to adapt to predictor; instrumental social support, TEPT predictor; and substance use, TEPT predictor. Then, the self-distraction strategy turned out to be a predictor factor of better psychological adjustment, and of a lower depression and anxiety.

In this research, the existence of social support did not turn out to be a predictor factor, while the satisfaction with the social support was only a predictor factor of two sub-scales of the inability to adapt, in free time and family areas. These results match those by Ozer, Weiss, Best, and Lipsey (2008), which point that the social support perceived is a better symptomatology predictor than support existence.

Nevertheless, there is a number of limitations to point out in this study. First of all, the clinical and personal nature of participants has made it difficult to obtain a bigger sample, so the sample size can be considered relatively small. This means a problem at the time of generalizing results to other victims. Also, there are other limitations regarding the evaluation tools.

Finally, the implications of results are described for the clinical and forensic fields and for the prevention, and also future directions of research are suggested.

Conflicto de intereses

Los autores de este artículos declaran que no tienen ningún conflicto de intereses.

Referencias

- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G. y Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. R. y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Nueva York: Guilford Press.
- Belsher, B. E., Ruzek, J. I., Bongar, B. y Cordova, M. J. (2012). Social constraints, posttraumatic cognitions, and posttraumatic stress disorder in treatment-seeking trauma survivors: Evidence for a social-cognitive processing model. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 4, 386-391.
- Breitenbecher, K. H. (2006). The relationships among self-blame, psychological distress, and sexual victimization. *Journal of Interpersonal Violence*, 21, 597-611.
- Bobes, J., Calcedo-Barba, A., García, M., Francois, M., Rico-Villademoros, E., González, M. P., ... Bousoño, M. (2000). Evaluación de las propiedades psicométricas de la versión española de cinco cuestionarios para la evaluación del trastorno de estrés postraumático. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 28, 207-218.
- Borja, S., Callahan, J. y Rambo, P. (2009). Understanding negative outcomes following traumatic exposure: The roles of neuroticism and social support. *Psychological trauma: theory, research, practice and policy*, 1, 118-129.
- Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4, 92-100.
- Crespo, M. y Cruzado, J. A. (1997). La evaluación del afrontamiento: Adaptación española del cuestionario COPE con una muestra de estudiantes universitarios. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23, 797-830.
- Davidson, J., Book, S., Colket, J., Tupler, L., Roth, S., David, D., ... Feldman, M. E. (1997). Assessment of a new self-rating scale for posttraumatic stress disorder. *Psychological Medicine*, 27, 153-160.
- Dunlap, H. (2006). Trauma-related beliefs and posttraumatic stress among sexual assault survivors. *Dissertation Abstracts International*, 66, 5679. (UMI Nº. 07562).
- Echeburúa, E. y Corral, P. (2006). Especial consideración de algunos ámbitos de victimación. Agresiones sexuales contra mujeres. En E. Baca, E. Echeburúa y J. M. Tamarit (Dirs.), *Manual de victimología* (pp. 149-163). Valencia: Tirant lo Blanch.
- Echeburúa, E., Corral, P. y Fernández-Montalvo, J. (2000). Escala de Inadaptación (EI): Propiedades psicométricas en contextos clínicos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 26, 325-340.
- Echeburúa, E., Corral, P., Zubizarreta, I. y Sarasua, B. (1995). *Trastorno de estrés postraumático crónico en víctimas de agresiones sexuales*. A Coruña: Fundación Paideia.
- Filipas, H. H. y Ullman, S. E. (2001). Social reactions to sexual assaults victims from various support sources. *Violence and Victims*, 16, 673-692.
- Filipas, H. H. y Ullman, S. E. (2006). Child sexual abuse, coping responses, self-blame, PTSD, and adult sexual revictimization. *Journal of Interpersonal Violence*, 21, 652-672.
- Foa, E., Ehler, A., Clark, D. M., Tolin, D. F. y Orsillo, S. M. (1999). The posttraumatic cognitions inventory (PTCI): Development and validation. *Psychological Assessment*, 11, 303-314.
- Frazier, P. (2003). Perceived control and distress following sexual assault: A longitudinal test of a new model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 1257-1269.
- Frazier, P., Gavian, M., Hirai, R., Park, C., Tennen, H., Tomich, P. y Tashiro, T. (2011). Prospective predictors of posttraumatic stress disorder symptoms: Direct and mediated relations. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 3, 27-36.
- Frazier, P., Keenan, N., Anders, S., Perera, S., Shallcross, S. y Hintz, S. (2011). Perceived past, present, and future control and adjustment to stressful life events. *Journal of Personality and Social Psychology*, 100, 749-765.
- Frazier, P., Mortensen, H. y Steward J. (2005). Coping strategies as mediators of the relations among perceived control and distress in sexual assault survivors. *Journal of Counseling Psychology*, 52, 267-278.
- Janoff-Bulman, R. (1979). Characterological versus behavioral self-blame: inquires into depression and rape. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 1798-1809.
- Kleim, B., Ehlers, A. y Glucksman, E. (2012). Investigating cognitive pathways to psychopathology: Predicting depression and posttraumatic stress disorder from early responses after assault. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 4, 527-537.
- Koss, M. P. y Figueredo, A. J. (2004). Change in cognitive mediators of rape's impact on psychosocial health across 2 years of recovery. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 1063-1072.
- Koss, M. P., Figueredo, A. J. y Prince, R. J. (2002). Cognitive mediation of rape's mental, physical, and social health impact: Tests of four models in cross-sectional data. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 926-941.
- Medina, J. L. (2001). *El trastorno de estrés postraumático en víctimas de terrorismo. Evaluación clínica, psicofisiológica y pericial* (tesis doctoral no publicada). Universidad Complutense de Madrid, España.
- Montero, I. y León, O. (2005). Sistema de clasificación del método en los informes de investigación en psicología. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5, 115-127.
- Morán, C., Landero, R. y González, T. (2010). COPE-28: Un análisis psicométrico de la versión en español del Brief COPE. *Universitas Psychologica*, 9, 543-552.
- Najdowski, C. J. y Ullman, S. E. (2009). PTSD symptoms and self-rated recovery among adult sexual assault survivors: The effects of traumatic life events and psychosocial variables. *Psychology of Women Quarterly*, 33, 43-53.
- Ozer, E. J., Weiss, D. S., Best, S. R. y Lipsey, T. L. (2008). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 5, 3-36.
- Rioli, L. y Savicki, V. (2010). Coping effectiveness and coping diversity under traumatic stress. *International Journal of Stress Management*, 17, 97-113.
- Sanz, J. y Navarro, M. E. (2003). Propiedades psicométricas de una versión española del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en estudiantes universitarios. *Ansiedad y Estrés*, 9, 59-84.
- Starzynski, L. L., Ullman, S. E., Filipas, H. H. y Townsend, S. M. (2005). Correlates of women's sexual assault disclosure to informal and formal support sources. *Violence and Victims*, 20, 417-432.
- Ullman, S. E., Filipas, H. H., Townsend, S. M. y Starzynski, L. L. (2007). Psychosocial correlates of PTSD symptom severity in sexual assault survivors. *Journal of Traumatic Stress*, 20, 821-831.
- Ullman, S. E., Townsend, S. M., Filipas, H. H. y Starzynski, L. L. (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*, 31, 23-37.
- Vázquez, C. y Sanz, J. (1997). Fiabilidad y valores normativos de la versión española del Inventario para la Depresión de Beck de 1978. *Clínica y Salud*, 8, 403-422.
- Walsh, R. M. y Bruce, S. E. (2011). The relationships between perceived levels of control, psychological distress, and legal system variables in a sample of sexual assault survivors. *Violence Against Women*, 17, 603-618.