

<http://dx.doi.org/10.4995/reinad.2016.4478>
© Reinad, UPV, 2016

SINTOMATOLOGÍA EN ADOLESCENTES VICTIMIZADOS SEXUALMENTE:

El rol del apoyo de la familia y del grupo de pares

(Symptoms in adolescent sexually victimized: The role of family support and peer support)

Cristóbal Guerra

Pontificia Universidad Católica de Chile

Juan Carlos Castillo

Pontificia Universidad Católica de Chile

Resumen

Existe suficiente evidencia de que el apoyo que entrega la familia, especialmente los padres, previene la aparición de sintomatología en adolescentes que han sufrido abuso sexual. No obstante, el estudio del rol que juega el apoyo entregado por el grupo de pares no ha sido suficientemente investigado y las pocas investigaciones en la materia han entregado resultados contradictorios. De este modo, el objetivo del presente estudio es evaluar la relación tanto del apoyo de la familia, como del de los pares con la sintomatología depresiva, ansiosa y de estrés postraumático en víctimas de abuso sexual. Participaron 93 adolescentes de género femenino (edades entre 12 y 17 años). Las participantes respondieron escalas para evaluar la sintomatología y para evaluar su percepción del apoyo social recibido. Los resultados de un análisis de regresión múltiple muestran que la percepción de apoyo por parte de la familia se asocia inversamente a los tres tipos de síntomas. En cambio, la percepción de apoyo de los pares únicamente se asocia inversamente a la sintomatología depresiva. Estos resultados dan cuenta de que la familia sigue siendo el principal agente protector, aún en la etapa de la adolescencia. Los pares, en cambio, poseerían menos recursos de protección y su rol estaría más centrado en la distracción.

Palabras clave: abuso sexual, apoyo social, familia, pares, sintomatología.

Abstract

There is enough evidence that the family support, especially from the parents, prevents the symptomatology in adolescents who have suffered sexual abuse. However, the study of the role by the peer support has not been sufficiently investigated. The few studies in this field have given contradictory results. Thus, the objective of this study is to evaluate the relationship of family support and peer support with depressive, anxious and posttraumatic stress symptoms in victims of sexual abuse. The participants were 93 female adolescents (ages 12 to 17). The participants completed scales to assess

Revista sobre la infancia y la adolescencia, 11, 66-80 - Octubre 2016
ISSN 2174- 7210

symptoms and to assess their perception of social support. The results of multiple regression analysis show that the perception of support from family is inversely associated with all three types of symptoms. However, the perception of peer support is only inversely associated with depressive symptoms. These results show that the family remains the main protective agent, even in adolescence. The peer group possess fewer protection resources, for this reason its role would be more focused on distraction.

Keywords: sexual abuse, social support, family, peer group, symptoms.

1. INTRODUCCIÓN

El abuso sexual infantil y adolescente corresponde a la actividad sexual cometida contra una persona menor de dieciocho años, cuando existe una diferencia de edad, poder o algún tipo de coerción física o psíquica sobre la víctima (López, Hernández, & Carpintero, 1995).

Las víctimas de abuso sexual suelen experimentar sintomatología como la depresión, la ansiedad y el trastorno por estrés postraumático (Arredondo, 2002; Echeburúa, & Guerricaechevarría, 2005; Pereda, 2009). No obstante, no existe una configuración consistente de síntomas en todas las víctimas e incluso algunas no presentan sintomatología (Echeburúa, & Guerricaechevarría, 2005).

Distintos autores han estudiado variables que podrían explicar la variación en la sintomatología experimentada por distintas víctimas, destacándose entre ellas el apoyo social del entorno (Cantón, & Justicia, 2008)

El apoyo social corresponde a la ayuda que diferentes agentes del entorno del individuo le entregan a este para enfrentar situaciones de la vida que pueden llegar a ser estresantes (Spilsbury y Korbin, 2013; Thoits, 1986). Entre los agentes de apoyo social se destacan aquellos que provienen de redes informales, como la familia o los amigos, y aquellos que provienen de redes institucionales, como los terapeutas o profesores (Tomphson, 2015).

El apoyo social puede ser conceptualizado desde el análisis del número de personas dispuestas a prestar apoyo (Eurelings-Bontekoe, Diekstra y Verschuur, 1995) y también desde la percepción del propio individuo respecto de la calidad o pertinencia de la ayuda recibida (Asberg, Bowers, Renk y McKinney, 2008).

Distintos autores refieren que el apoyo social es un factor protector de psicopatología en personas expuestas al abuso sexual infantil o adolescente (ASIA), siendo uno de los factores más citados en la literatura que intenta explicar la variación en la sintomatología experimentada por las víctimas (Alaggia, 2002; Leech, 2011; Pereda, 2011). No obstante la investigación se ha centrado mayoritariamente en evaluar la influencia del apoyo de la familia, siendo menos abordado el estudio del apoyo de los pares.

Por lo anterior, el presente estudio pretende estudiar la relación que ambas fuentes de apoyo – familiar y de parte de los pares- tienen con la sintomatología de adolescentes víctimas de abuso sexual infantil. A continuación se describen los principales fundamentos teóricos y empíricos, para luego abordar los resultados del estudio.

2. LA IMPORTANCIA DEL APOYO SOCIAL COMO FACTOR DE RESILIENCIA

Como se señaló en la introducción, el apoyo social es un factor protector de psicopatología en personas expuestas al ASIA. La evidencia empírica de este planteamiento es consistente y contundente. Por ejemplo, Spaccarelli y Kim (1995) reportan que el apoyo brindado por una figura parental predijo ausencia de niveles clínicamente significativos de sintomatología ansiosa y depresiva en 43 niñas víctimas de ASIA (edades entre 10 y 17 años). Por su parte, Bal, Crombez, De Bourdeaudhuij y Van Oost (2009) luego de encuestar a 100 adolescentes con antecedentes de ASIA (entre 12 y 18 años de edad) indican que a mayor apoyo percibido (a nivel general), estos tienden a presentar menor sintomatología ansiosa y depresiva. Del mismo modo, Zajac, Ralston y Smith (2015) muestran que el apoyo social brindado por la madre predice un buen ajuste psicológico (baja sintomatología externalizadora y depresión) en 118 víctimas de abuso sexual entre 7 y 16 años.

Pese a la importancia de estos hallazgos, la literatura especializada se ha centrado casi exclusivamente en el estudio del rol del apoyo familiar, descuidado el estudio de otras fuentes de apoyo importantes en esta etapa de la vida, como lo es el apoyo brindado por los pares (Guelzow, Cornett y Dougherty, 2002; Kendrick, Jutengren y Stattin, 2012).

Se ha documentado que durante la adolescencia el grupo de pares adquiere una importancia preponderante que, junto a los padres, se transforman en la red de apoyo más importante, con la que pasarían más tiempo (Davison y Jago, 2009; Duncan, Duncan, Strycker y Chaumeton, 2007).

Si bien existe evidencia de que el apoyo de los pares tiene un efecto favorable para el bienestar reportado por adolescentes de la población general (Moran y DuBois, 2002; Rueger, Malecki y Demaray, 2010), queda pendiente conocer su rol en el desarrollo de sintomatología en adolescentes victimizados sexualmente.

En nuestro conocimiento, el único estudio realizado con adolescentes victimizados sexualmente es el de Williams y Nelson-Gardell (2012), quienes encuestan a 237 adolescentes víctimas de abuso sexual de entre 11 y 16 años residentes en Estados Unidos. Los autores reportan que únicamente el apoyo de los padres o cuidadores resultó ser un predictor significativo de la ausencia de sintomatología general (internalizadora y externalizadora) en los adolescentes, no obstante el nivel de satisfacción con las relaciones con sus pares no lo fue.

Dada la dificultad de realizar estudios con menores de edad victimizados sexualmente, otros autores han evaluado la relación entre el apoyo de los pares y la sintomatología mediante estudios retrospectivos realizados con adultos abusados sexualmente antes de los 18 años.

Es el caso de Guelzow et al. (2002) quienes evaluaron la sintomatología presente en 44 estudiantes universitarias con antecedentes de ASIA y concluyeron que tanto el apoyo parental como el apoyo de las personas del campus universitario predicen de forma significativa la autoestima.

De forma similar, Adams y Bukowski (2007) muestran que el apoyo de los pares reduce el efecto del abuso sexual en el desarrollo de sintomatología ansiosa en 315 personas (de entre 15 y 54 años) abusadas sexualmente en su infancia y adolescencia. No obstante, en este estudio no se diferencia entre adultos y adolescentes.

De esta manera queda pendiente profundizar en el rol de las distintas fuentes de apoyo social en el desarrollo de sintomatología en adolescentes víctimas de ASIA. La investigación precedente deja claro que el apoyo de los padres es un factor relevante, pero no es concluyente respecto del rol del apoyo de los pares. Mientras los estudios retrospectivos indican que los pares juegan un importante rol, el único estudio realizado con población adolescente indica lo contrario. Para obtener mayor información al respecto el objetivo de este estudio es evaluar la relación del apoyo familiar y del apoyo de los pares con la sintomatología depresiva, ansiosa y de estrés postraumático en adolescentes con antecedentes de abuso sexual. Si bien los antecedentes no son concluyentes nos inclinamos a pensar que tanto el apoyo de la familia como el apoyo de los pares serán factores inversamente asociados a la sintomatología en las víctimas.

3. MÉTODO

3. 1. Participantes

Participaron 93 adolescentes de género femenino de entre 12 y 17 años ($M=14,27$; $DT=1,72$). Todas las participantes se encontraban escolarizadas. El 66,3% en colegios públicos o financiados por el Estado, el 30,3% en colegios de financiamiento compartido entre el Estado y los particulares, y el 3,4% en colegios particulares pagados.

Todas las adolescentes habían sido víctimas de agresiones sexuales hacia no más de dos años. Por esa razón se encontraban iniciando psicoterapia (sesiones 2 a 5) en centros especializados. El 69,9% de las participantes había sido agredida sexualmente por un miembro de su familia, el 25,8% por una persona conocida, pero externa a su familia. Solo el 4,3% había sido abusada por un desconocido.

Respecto a la frecuencia de las agresiones sexuales 25,8% habían sido agredidas en una sola oportunidad, 30,1% entre 2 y 5 veces, en tanto el 44,1% había sido agredida

sexualmente en más de 5 oportunidades. En el 32,3% de las participantes existían antecedentes de acontecimientos traumáticos, distintos a las agresiones sexuales, que podrían estar asociados con la sintomatología (ej. duelo, maltrato infantil, acoso escolar).

La muestra fue reclutada al interior de centros especializados en la atención a víctimas de abuso sexual. Ninguna de las participantes se encontraba con tratamiento farmacológico para disminuir la sintomatología.

3.2. Instrumentos

Se utilizó una batería de 4 instrumentos:

Ficha de antecedentes personales y referidos a las agresiones sexuales vividas por la adolescente: Se le pidió a los psicólogos a cargo del proceso de psicoterapia de las adolescentes que indicara la edad de la adolescente, sus antecedentes académicos, hace cuánto tiempo fue el último episodio de agresión sexual (1= *Menos de 1 mes*; 2= *Entre 1 y 6 meses*; 3= *Entre 6 meses y 1 año*; 4= *Entre 1 y 2 años*), la frecuencia de las agresiones sexuales (1= *1 vez*; 2= *Entre 3 a 5 episodios*; 3= *Más de 5 veces*), la distancia relacional entre la adolescente y el agresor (1= *Poca distancia, agresor intrafamiliar*; 2= *Distancia media, agresor extrafamiliar, pero conocido*; 3= *Alta distancia, agresor desconocido*); la violencia utilizada por el agresor (escala de 1= *Baja* a 5= *Alta*) y la existencia de otros eventos vitales traumáticos dentro de los últimos 2 años que podrían explicar la sintomatología (1= *No*; 2= *Sí*).

Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (Zimet, Dahlem, Zimety y Farley, 1988; adaptada para Chile por Arechavala y Miranda, 2002).). Posee 12 ítems divididos en tres factores: Apoyo de pares (4 ítems), apoyo de la familia (4 ítems) y apoyo de una figura significativa (4 ítems). El formato de respuestas varía entre 1= *Muy en desacuerdo* y 7= *Muy de acuerdo*. El puntaje de cada sub-escala se obtiene de la sumatoria de sus respuestas (a mayor puntuación mayor apoyo percibido). En este estudio solo se consideraron los puntajes del apoyo percibido de la familia y de los pares. Ambos factores obtienen valores alfa de Cronbach adecuados: de 0,82 para "apoyo de la familia"; 0,87 para "apoyo de pares"

Escala de depresión de Infantil (Birleson, 1981, adaptada a Chile por Álvarez, Guajardo, y Messen, 1986). Instrumento de autorreporte de 18 ítems que miden la frecuencia de los síntomas depresivos durante la última semana. El formato de respuestas ofrece 3 alternativas desde 0= *Nunca* a 2= *Siempre*. El puntaje total se obtiene de la sumatoria de los ítems (previa recodificación de los ítems inversos). Los puntajes totales oscilan entre 0 y 36 puntos. A mayor puntaje mayor es la frecuencia de síntomas depresivos. En este estudio la escala obtuvo adecuada confiabilidad (valor alfa de Cronbach de 0,89).

Sub-escala de Ansiedad Estado del Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI-E; Spielberger, Gorsuch, y Lushene, 1982): Este instrumento ha mostrado adecuados índices de confiabilidad y validez convergente en adolescentes chilenos (Guerra,

Martínez, Ahumada y Díaz., 2013). Consta de 20 ítems que miden, de forma directa o inversa, sintomatología ansiosa transitoria. Las posibilidades de respuestas varían entre 0= *Nada* y 3= *Mucho*. El puntaje total se obtiene de la sumatoria de los ítems (previa recodificación de los ítems inversos). Los valores totales van entre 0 y 60 puntos. A mayor puntaje mayor sintomatología. El alfa de Cronbach para el presente estudio fue de 0,92.

Escala Infantil de síntomas de Estrés Postraumático (Foa, Johnson, Feeny, y Treadwell, 2001; adaptada a Chile por Bustos, Rincón y Aedo, 2009). Se trata de una escala de autorreporte de 17 ítems que evalúa la frecuencia de experimentación de síntomas intrusivos, evitativos y de aumento de la activación fisiológica experimentada durante las últimas dos semanas. El formato de respuesta es en escala tipo Lickert donde 0= *Nunca* y 4= *9 veces o más*. La puntuación total se obtiene de la sumatoria de todos los ítems, por tanto varía entre 0 y 68. A mayor puntuación mayor es la frecuencia de la sintomatología. En este estudio la escala obtuvo una adecuada consistencia interna (alfa de Cronbach de un 0,89).

3.3. Procedimiento

El proyecto fue aprobado por el comité de ética de la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile, por los comités técnicos de dos instituciones que administran centros de atención a víctimas de abuso sexual (Corporación de Promoción y Apoyo a la Infancia-ONG Paicabi; Corporación de Asistencia Judicial de la Región de Valparaíso) y por los directores de 17 centros especializados en atención a víctimas.

Tanto los tutores legales como las propias adolescentes dieron su consentimiento para participar del estudio.

Los propios terapeutas de las adolescentes aplicaron los instrumentos del estudio en el contexto de la evaluación psicológica previa al inicio de la psicoterapia.

3.4. Análisis de datos

En primer lugar se realizaron análisis tendientes a comprobar supuestos del análisis de regresión múltiple. Para evaluar el ajuste a la distribución normal de las variables dependientes se utilizó la prueba de Kolmogorov- Smirnov Lilliefors, los valores medios, cuartiles y la curtosis. Para descartar la multicolinealidad se analizó la correlación entre las variables independientes, los valores del factor de inflación de la varianza (FIV) y los índices de tolerancia.

En segundo lugar se analizó la correlación entre los predictores y las variables dependientes.

Posteriormente se realizaron análisis de regresión múltiple en dos pasos. Dado que el tamaño de la muestra es reducido se realizó una selección de las variables a incluir como control. Por esta razón, en el primer análisis de regresión se evaluó el efecto de la edad de la adolescente, del tiempo transcurrido desde el último episodio de agresión sexual, de la frecuencia de las agresiones sexuales, de la distancia relacional con el agresor, de la violencia utilizada por el agresor y de la existencia de otros eventos traumáticos distintos al abuso sexual en los tres tipos de síntomas evaluados.

En el paso número dos se realizó un nuevo análisis de regresión múltiple conservando las variables control que en el paso anterior tuvieron un efecto significativo en al menos una de las variables dependientes. Además se incluyeron las variables vinculadas a la percepción de apoyo por parte de la familia y por parte de los pares.

4. RESULTADOS

4.1. Análisis descriptivos y de los supuestos del modelo de regresión múltiple

En primer lugar se aprecia que las adolescentes obtienen puntuaciones entre 1 y 34 para depresión ($M= 18,06$; $DT= 7,65$), entre 0 y 48 para ansiedad ($M= 21,58$; $DT= 12,49$) y entre 1 y 63 para estrés postraumático (TEPT; $M= 39,44$; $DT= 15,04$). Por su parte, las adolescentes obtuvieron entre 4 y 16 puntos tanto en la medida de apoyo por parte de la familia ($M= 11,00$; $DT= 3,24$) como en la de apoyo por parte de los pares ($M= 11,29$; $DT= 3,72$).

Los análisis con la prueba de Kolmogorov- Smirnov Lilliefors muestran que solo el estrés postraumático y la ansiedad se ajustan a la distribución normal (valores $p>0,01$). Para un mayor detalle de la distribución de las variables recién descritas se sugiere revisar los estadísticos descriptivos (media, desviación típica, valores mínimos, cuartiles, valor máximo) y curtosis presentados en la tabla 1.

Tabla 1. Estadísticos descriptivos y curtosis de las principales variables del estudio

	Media (DT)	Min.	Q1	Q2	Q3	Max.	Curtosis
Depresión	18,06 (7,65)	1	12	18	24,5	34	-0,98
Ansiedad	21,58 (12,49)	0	12	18	32	48	-0,84
TEPT	39,44 (15,04)	1	30	42	50,5	63	-0,13
Apoyo Familia	11,00 (3,24)	4	8	11	13,5	16	-1,04
Apoyo Pares	11,29 (3,72)	4	9	11	15	16	-1,05

En segundo lugar, tal como muestra la tabla 2, en su mayoría, las variables control y los predictores no se encuentran relacionados entre sí. Aunque se observan algunas relaciones, estas en ningún caso son mayores a 0,4 por lo que se descarta la

multicolinealidad. En la misma línea, los valores del factor de inflación de la varianza (FIV) se encontraron por debajo de 1,2 y los índices de tolerancia eran mayores de 0.80 en todos los análisis realizados.

Tabla 2. Relación entre las variables control y las variables independientes

	Apoyo pares	Edad	Frecuencia abuso	Violencia abuso	Distancia agresor	Tiempo ultimo abuso
Apoyo familia	0,08	-0,09	0,13	-0,14	-0,11	0,21*
Apoyo pares	---	0,02	-0,04	0,07	0,11	-0,19
Edad	---	---	0,00	0,15	0,10	0,17
Frec. abuso	---	---	---	-0,21*	-0,39**	0,27**
Viol. abuso	---	---	---	---	-0,03	0,02
Dist. agresor	---	---	---	---	---	-0,32**

Nota: los valores corresponden a correlaciones de Spearman. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

4.2. Relación entre la sintomatología, las variables control y las variables independientes

Con el objetivo de hacer una primera aproximación a la relación entre los predictores y las variables dependientes se realizaron análisis de correlación entre ellas (ver tabla 3). En primer lugar se aprecia una alta correlación entre sintomatología depresiva, ansiosa y de TEPT lo que sugiere la necesidad de controlar la covarianza en el análisis de regresión final.

Por su parte, la percepción de apoyo por parte de la familia se encuentra inversamente relacionada con los tres tipos de síntomas, en cambio, la percepción de apoyo por parte de los pares únicamente se encuentra inversamente relacionada con la depresión.

Adicionalmente, no se aprecia correlación entre la sintomatología y la edad, ni tampoco con la frecuencia del abuso, violencia del abuso o distancia relacional con el agresor. Únicamente se observa una relación inversa entre el tiempo transcurrido desde el último episodio de abuso y la ansiedad.

Finalmente, no existen diferencias significativas en las puntuaciones promedio en el grupo de adolescentes sin antecedentes de otros traumas en los últimos dos años respecto de los que presentan antecedentes de otros traumas en el caso de la sintomatología depresiva ($t_{(91)}=0,142$; $p > 0,05$), ansiosa ($t_{(91)}=1,657$; $p > 0,05$) y de TEPT ($t_{(91)}=0,400$; $p > 0,05$).

Tabla 3. Relación entre la sintomatología, la percepción de apoyo social y las variables control.

	Depresión	Ansiedad	TEPT
Depresión	---	0,70**	0,61**
Ansiedad	---	---	0,51**
Apoyo familia	-0.48**	-0.49**	-0.34**
Apoyo pares	-0.24*	-0.13	-0.18
Edad	0.06	0.09	0.14
Frecuencia abuso	-0.01	0.02	-0.01
Violencia abuso	0.01	0.05	0.00
Distancia con agresor	0.14	0.11	0.18
Tiempo último abuso	-0.14	-0.25*	0.02
Otros traumas	0.24	4.55	1.34

Nota: Todos los valores corresponden a correlaciones de Spearman, excepto en el caso de la variable "otros traumas" donde los valores corresponden a la diferencia de medias entre el grupo 1 (sin antecedentes de otros traumas en los últimos dos años) y el grupo 2 (con antecedentes de otros traumas en los últimos dos años) analizadas con *t* de *student*. * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$.

Si bien estos resultados en parte dan cuenta de los objetivos del estudio, es necesario evaluar el efecto aislado de cada fuente de apoyo en la sintomatología mediante un análisis de regresión, antes de formular las conclusiones finales. En el siguiente apartado se ofrecen los resultados de dicho análisis

4.3. Resultados de los análisis de regresión

Con el objeto de determinar cuáles variables control se debían incluir en la ecuación de regresión final, en un primer paso se evaluó el efecto de la edad, la frecuencia del abuso, la violencia del abuso, la distancia relacional con el agresor, el tiempo desde el último abuso y la existencia de antecedentes de otros hechos traumáticos durante los últimos dos años. Los análisis de regresión para las tres variables dependientes fueron realizados simultáneamente para controlar el efecto de la alta correlación observada entre ellas.

El resultado del análisis permite explicar solo el 5% de la varianza de la depresión, el 10% de la varianza de ansiedad y el 7% de la varianza del TEPT. Ninguno de los predictores resulta ser significativo para la depresión, solo el tiempo transcurrido desde el último episodio de abuso predice la ansiedad (relación inversa) y la distancia con el agresor tiene una relación directa marginalmente significativa con el TEPT.

En el siguiente análisis se conservaron, como control, únicamente las variables con efecto significativo o marginal sobre alguna de las variables independientes. De este modo, el segundo análisis incluyó, como predictores de la sintomatología, al tiempo transcurrido desde el último episodio de abuso y a la distancia con el agresor. Además se agregó el apoyo percibido por parte de la familia y por parte de los pares.

SINTOMATOLOGÍA EN ADOLESCENTES VICTIMIZADOS SEXUALMENTE

Con los predictores del segundo análisis es posible explicar el 31% de la varianza de la depresión, el 29% de la varianza de la ansiedad y el 16% de la varianza del TEPT.

En el caso de la depresión se aprecia que ninguna de las variables control resulta ser un predictor significativo. En cambio, tanto el apoyo percibido por parte de la familia como el apoyo percibido por parte de los pares se encuentran inversamente relacionados con este tipo de sintomatología. Eso sí, vale la pena destacar que el efecto del apoyo de la familia es casi el doble del efecto del apoyo percibido por parte de los pares (ver tabla 4).

En el caso de la ansiedad, de entre todas las variables, únicamente el apoyo percibido por parte de la familia resulta ser un predictor significativo (relación inversa). Del mismo modo, la percepción de apoyo familiar predice el TEPT (relación inversa), no así el apoyo de los pares. Adicionalmente, la distancia con el agresor mantiene su efecto marginal en el TEPT (a mayor distancia relacional-abuso por parte de desconocido-mayor TEPT). En la tabla 4 se reportan los coeficientes de regresión estandarizados.

Tabla 4. Predicción de la sintomatología a partir de las variables control y del apoyo percibido de la familia y los pares.

	Depresión	Ansiedad	TEPT
Paso 1			
Edad	0,06	0,11	0,13
Frecuencia abuso	0,10	0,13	0,10
Violencia abuso	0,03	0,05	0,04
Distancia con agresor	0,14	0,03	0,21 [†]
Tiempo último abuso	-0,14	-0,26*	-0,01
Otros traumas	-0,01	-0,15	-0,03
Paso 2			
Distancia con agresor	0,10	-0,03	0,19 [†]
Tiempo ultimo abuso	-0,01	-0,16	0,06
Apoyo Familia	-0,45**	-0,47**	-0,30**
Apoyo pares	-0,25**	-0,15	-0,15

Nota. Los valores representan los coeficientes de regresión estandarizados.

[†] $p < 0,06$; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

4. DISCUSIÓN

El objetivo de este estudio fue evaluar la relación de la percepción del apoyo familiar y del apoyo brindado por el grupo de pares con la sintomatología depresiva, ansiosa y de TEPT en un grupo de adolescentes con antecedentes de abuso sexual.

Tal como se esperaba, y en coherencia con estudios preliminares, la percepción de apoyo por parte de la familia se asoció inversamente a los niveles de sintomatología depresiva, ansiosa y de TEPT reportada por las adolescentes. Este efecto protector del

apoyo familiar ha sido reportado previamente por una serie de estudios en el área (Spaccarelli y Kim, 1995; Zajac et al., 2015), de modo que los resultados del presente estudio simplemente los confirman.

Para Vanistendael y Lecomte (2002) el efecto protector del apoyo familiar, especialmente el brindado por los padres, tiene que ver con que estos tienen la capacidad para acoger al adolescente y de tomar las medidas de protección respecto de la figura agresor necesarias para que el abuso deje de ocurrir. De este modo se explica que las adolescentes que perciben un mayor apoyo por parte de su familia – y que probablemente son las más protegidas- sean las que menor sintomatología presentan.

El mayor aporte de esta investigación tiene que ver con el reporte del efecto de la percepción del apoyo de los pares en la sintomatología, ya que, como ya se ha dicho, los estudios que evalúan el rol de esta variable son escasos y contradictorios (Guelzow et al., 2002; Kendrick et al., 2012). Contrario a lo esperado, en este estudio únicamente se encontró una relación inversa entre la percepción de apoyo por parte de los pares y los niveles de sintomatología depresiva, no así con la sintomatología ansiosa ni de TEPT.

La ausencia de relación entre la percepción de apoyo de los pares y la sintomatología ansiosa y de TEPT va en la línea de lo reportado previamente por Williams y Nelson-Gardell (2012). Considerando aspectos evolutivos se entiende que los pares – otros adolescentes- no tendrían los mismos recursos que la familia para proteger al adolescente del agresor, lo que explicaría su nulo efecto sobre la ansiedad y el TEPT.

Es sabido que la ansiedad y el estrés son reacciones esperables al peligro (American Psychiatric Association, 2013), por tanto se entiende que dado que los pares no tienen las facultades para disminuir el peligro real su apoyo no resulte en una menor sintomatología, a diferencia de la familia (Vanistendael y Lecomte, 2002). En base al mismo argumento se entiende por qué en los estudios retrospectivos, realizados con adultos abusados en la infancia o adolescencia, el apoyo de los pares sí tiene un efecto protector (Adams y Bukowski, 2007; Guelzow et al., 2002). En la etapa de la adultez el grupo de pares está conformado por otros adultos que sí tendrían los recursos de protección descritos por Vanistendael y Lecomte (2002) para proteger a la víctima y, por lo tanto, para mitigar su estrés y ansiedad.

Ahora, en este estudio el apoyo de los pares si se comportó como un factor preventivo de la depresión. Si bien los pares adolescentes no tendrían los recursos de protección respecto de la figura del agresor, sí tendrían recursos suficientes para acoger, brindar afecto y distraer a quién ha sido víctima, lo que en sí mismo puede resultar como factor protector al desarrollo de sintomatología depresiva (Moreira, Sánchez y Mirón, 2010; Orcasita, Uribe, Castellanos y Gutiérrez, 2012).

Otra explicación posible para la ausencia de relación entre la percepción de apoyo por parte de los pares y la sintomatología puede estar relacionada con distribución de las puntuaciones de la medida de apoyo de los pares. Tal como se indicó previamente, las puntuaciones de esta variable se desvían de la distribución normal, existiendo una leve tendencia a los valores altos. Aunque esta tendencia es leve, debe ser considerada en

la interpretación de los resultados. Futuros estudios que pretendan delimitar con mayor certeza el rol del apoyo de los pares deberán procurar obtener un mayor rango de variación de dicho factor.

Aun cuando los resultados de este estudio deben ser complementados con los de futuras investigaciones se considera que aportan a la comprensión de los factores relacionados con la sintomatología en víctimas de ASIA. Este fenómeno, altamente dañino para las personas que lo sufren presenta una alta prevalencia en todo el mundo (Pereda, Guilera, Forns y Gómez-Benito, 2009), por lo que cualquier evidencia de los factores que ayuden a mitigar el sufrimiento de las víctimas es un aporte.

En particular, en este estudio queda claro que el apoyo de la familia es un factor de alta relevancia a la hora de estudiar la sintomatología en adolescentes víctimas de abuso sexual, por sobre el apoyo de los pares. De este modo, parece necesario que los programas terapéuticos destinados a la recuperación de las secuelas emocionales en las víctimas de ASIA incorporen con fuerza el trabajo con los miembros de la familia que tienen el potencial de ejercer un rol de apoyo y protección. Además, el que el apoyo de los pares resulte un factor de menor peso en la sintomatología no debe llevar a subestimar su efecto. Los resultados de este estudio sugieren explorar la relevancia de este factor, sobre todo en adolescentes abusadas sexualmente que presenten alta sintomatología depresiva.

Bibliografía

- Adams, R. y Bukowski, W. (2007). Relationships with mothers and peers moderate the association between childhood sexual abuse and anxiety disorders. *Child Abuse and Neglect*, 31(6), 645–656. <http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2006.12.011>
- Alaggia, R. (2002). Balancing acts: Reconceptualizing support in maternal response to intra-familial child sexual abuse. *Clinical Social Work Journal*, 30(1), 41-56. <http://dx.doi.org/10.1023/A:1014274311428>
- Álvarez, E., Guajardo, H. y Messen, R. (1986). Estudio exploratorio sobre una escala de autoevaluación para la depresión en niños y adolescentes. *Revista Chilena de Pediatría*. 57(1), 21-25. <http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41061986000100003>
- Arechavala, M. y Miranda, C. (2002). Validación de una escala de apoyo social percibido en un grupo de adultos mayores adscritos a un programa de hipertensión de la Región Metropolitana. *Ciencia y Enfermería*, 8(1), 49-55. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532002000100007>

- Arredondo, V. (2002). *Guía básica de prevención del abuso sexual infantil*. Chile: Corporación de Promoción y Apoyo a la Infancia – Paicabi.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Asberg, K. K., Bowers, C., Renk, K. y McKinney, C. (2008). A structural equation modeling approach to the study of stress and psychological adjustment in emerging adults. *Child Psychiatry and Human Development*, 39(4), 481-501. <http://dx.doi.org/10.1007/s10578-008-0102-0>
- Bal, S. Crombez, G., De Bourdeaudhuij, I. y Van Oost, P. (2009). Symptomatology in Adolescents Following Initial Disclosure of Sexual Abuse: The Roles of Crisis Support, Appraisals and Coping. *Child Abuse & Neglect*, 33(10), 717-727. <http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2008.11.006>
- Birlerson P. (1981). The Validity of Depressive Disorder in Childhood and the Development of a Self-Rating Scale: A Research Report. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 22(1), 73-88. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1469-7610.1981.tb00533.x>
- Bustos, P., Rincón, P. y Aedo, J. (2010). Validación Preliminar de la Escala Infantil de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (Child PTSD Symptom Scale, CPSS) en Niños/as y Adolescentes Víctimas de Violencia Sexual. *Psyche*, 18(2), 113-126. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-222820090002000233>
- Cantón, D., & Justicia, F. (2008). Afrontamiento del abuso sexual infantil y ajuste psicológico a largo plazo. *Psicothema*, 20(4), 509-515.
- Davison, K. y Jago, R. (2009). Change in Parent and Peer Support across Ages 9 to 15 yr and Adolescent Girls' Physical Activity. *Medicine & Science in Sports & Exercise* 41(9), 1816-1825. <http://dx.doi.org/10.1249/MSS.0b013e3181a278e2>
- Duncan, S., Duncan, T., Strycker, L. y Chaumeton, N. (2007). A cohort-sequential latent growth model of physical activity from ages 12–17 years. *Annals of Behavioral Medicine*, 33(1), 80–89. http://dx.doi.org/10.1207/s15324796abm3301_9
- Echeburúa, E., & Guerricaechevarría, C. (2005). Concepto, factores de riesgo y efectos psicopatológicos del abuso sexual infantil. En J. Sanmartín (Ed.). *Violencia contra los niños* (pp. 86-112). Barcelona: Ariel.
- Eurelings-Bontekoe, E., Diekstra, R. y Verschuur, M. (1995). Psychological distress, social support and social support seeking: A prospective study among primary mental health care patients. *Social Science and Medicine*, 40(8), 1083-1089. [http://dx.doi.org/10.1016/0277-9536\(94\)00182-S](http://dx.doi.org/10.1016/0277-9536(94)00182-S)
- Foa, E., Johnson, K., Feeny, N. y Treadwell, K. (2001); The Child PTSD Symptom Scale: A preliminary examination of its psychometric properties (CPSS). *Journal of*

Clinical Child Psychology 30(3), 376-84.
http://dx.doi.org/10.1207/S15374424JCCP3003_9.

- Guelzow, J. W., Cornett, P. F. y Dougherty, T. M. (2003). Child sexual abuse victims' perception of paternal support as a significant predictor of coping style and global self-worth. *Journal of Child Sexual Abuse*, 11(4), 53-72. http://dx.doi.org/10.1300/J070v11n04_04
- Guerra, M., Martínez, P., Ahumada, C. y Díaz, M. (2013). Análisis psicométrico preliminar de la Escala de Trauma de Davidson en adolescentes Chilenos. *Summa Psicológica*. 10(1), 41-48. <http://dx.doi.org/10.18774/summa-vol10.num2-139>
- Kendrick, K., Jutengren, G. y Stattin, H. (2012). The protective role of supportive friends against bullying perpetration and victimization. *Journal of Adolescence*, 35(4), 1069–1080. <http://dx.doi.org/10.1016/j.adolescence.2012.02.014>
- Leech, T. (2011). Social Support and Resilience in the Aftermath of Sexual Assault: Suggestions across Life Course, Gender, and Racial Groups. In T. Bryant-Davis (Ed.), *Surviving Sexual Violence: A Guide to Recovery and Empowerment*. Maryland: Rowman & Littlefield Publishers, Inc.
- López, F., Hernández, A., & Carpintero, E. (1995). Los abusos sexuales de menores: Concepto, prevalencia y efectos. *Infancia y Aprendizaje*, 71, 77-98. <http://dx.doi.org/10.1174/02103709560575505>
- Moran, B. L. y DuBois, D. L. (2002). Relation of social support and self-esteem to problem behavior: investigation of differing models. *The Journal of Early Adolescence*, 22(4), 407–435. <http://dx.doi.org/10.1177/027243102237190>
- Moreira, V., Sánchez, A. y Mirón, L. (2010). El grupo de amigos en la adolescencia: Relación entre afecto, conflicto y conducta desviada. *Boletín de Psicología*, 100, 7-21.
- Orcasita, L., Uribe, A., Castellanos, P. y Gutiérrez, M. (2012). Apoyo social y conductas sexuales de riesgo en adolescentes del municipio de Lebrija-Santander. *Revista de Psicología*, 30(2), 371-406.
- Pereda, N. (2009). Consecuencias psicológicas iniciales del abuso sexual infantil. *Papeles del Psicólogo*, 30(2), 135-144.
- Pereda, N. (2011). Resiliencia en niños víctimas de abuso sexual: el papel del entorno familiar y social. *Educación Social*, 49, 103-114.
- Pereda, N., Guilera, G., 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. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2009.02.007>

- Rueger, S. Y., Malecki, C. K. y Demaray, M. K. (2010). Relationship between multiple sources of perceived social support and psychological and academic adjustment in early adolescence: comparisons across gender. *Journal of Youth and Adolescence*, 39(1), 4761. <http://dx.doi.org/10.1007/s10964-008-9368-6>
- Spaccarelli, S. y Kim, S. (1995). Resilience criteria and factors associated with resilience in sexually abused girls. *Child Abuse & Neglect*, 19(9), 1171-1182. [http://dx.doi.org/10.1016/0145-2134\(95\)00077-L](http://dx.doi.org/10.1016/0145-2134(95)00077-L)
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L. y Lushene, R. (1982). *Manual del Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI)*. Madrid: TEA Ediciones.
- Spilsbury, J. y Korbin, J. (2013). Social Networks and Informal Social Support in Protecting Children from Abuse and Neglect. *Child Abuse & Neglect*, 37(suppl.), 8–16. <http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.10.027>
- Thoits, P. A. (1986). Social support as coping assistance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(4), 416–423. <http://dx.doi.org/10.1037//0022-006X.54.4.416>
- Thompson, R. (2015). Social support and child protection: Lessons learned and learning. *Child Abuse & Neglect*, 41, 19–29. <http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2014.06.011>
- Vanistendael, S. y Lecomte, J. (2002). *La felicidad es posible. Despertar en niños maltratados la confianza en sí mismos: Construir la resiliencia*. Barcelona: Gedisa.
- Williams, J. & Nelson-Gardell, D. (2012). Predicting resilience in sexually abuse adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 36(1), 53-63. <http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2011.07.004>
- Zajac, K., Ralston, M. y Smith, D. (2015). Maternal support following childhood sexual abuse: Associations with children's adjustment post-disclosure and at 9-month follow-up. *Child Abuse & Neglect*, 44, 66–75. <http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.02.011>
- Zimet, G., Dahlem, N., Zimet, S. y Farley, G. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 52(1), 30-41. http://dx.doi.org/10.1207/s15327752jpa5201_2