

## Abús sexual infantil<sup>1</sup> en estudiants universitaris

\* *Carmen Orte Socias*

\*\* *Beatriz Benavente*

\*\* *Susana Casado Mena*

\**Lluís Ballester Brage*

---

<sup>1</sup> Aquest estudi neix d'una iniciativa de la Red de Ayuda a Niños Abusados (RANA), en el marc del treball i coneixement de la realitat actual en referència als abusos sexuals a menors. L'Associació RANA és una entitat balear sense ànim de lucre que treballa en la prevenció de l'abús sexual infantil, per a la qual cosa promou activitats educatives, de sensibilització, tractament i investigació.

\* Universitat de les Illes Balears. Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques.

\*\* RANA, Red de Ayuda a Niños Abusados de Mallorca.

**RESUM**

*En aquest article es mostren els resultats de prevalença d'abús sexual infantil (ASI) en població universitària de la Universitat de les Illes Balears (UIB). En l'estudi, es recull informació sobre les característiques de les situacions d'abús (prevalença en funció del sexe de la víctima, tipus d'abús, nombre d'episodis, relació amb l'agressor), així com el malestar psicològic a conseqüència de l'experiència d'abús.*

**RESUMEN**

*En el presente artículo se muestran los resultados de prevalencia de abuso sexual infantil (ASI) en población universitaria de la Universidad de las Islas Baleares (UIB). En el estudio se recoge información sobre las características de las situaciones de abuso (prevalencia en función del sexo de la víctima, tipo de abuso, número de episodios, relación con el agresor), así como el malestar psicológico que se produce como consecuencia de la experiencia de abuso.*

**I. INTRODUCCIÓ**

La consideració de la infància com una etapa que necessita una atenció especial i el conseqüent desenvolupament d'actituds protectores envers els nins no s'ha produït fins a una etapa avançada del segle XX, quan es comencen a fer les primeres definicions de maltractament infantil. Pel que fa a l'abús sexual infantil, es pot considerar com a primera definició l'aportada per Kempe (1978), que considera que es pot entendre com la participació de nins i/o adolescents dependents i immadurs en activitats sexuals que no estan en condicions de comprendre, que són inadequades per a la seva edat i el seu desenvolupament psicosexual, per a les quals són incapaços de donar el consentiment i que transgredeixen els tabús i les regles familiars i socials. A l'actualitat, hi ha nombroses definicions d'abús sexual, però la majoria estableixen dos criteris per parlar d'abús: la coerció, és a dir, l'agressor aprofita la situació de poder que té per interactuar sexualment amb el menor, i l'asimetria d'edat, ja que l'agressor és significativament més gran que la víctima, encara que no necessàriament sigui major d'edat.

La definició del National Center of Child Abuse and Neglect (1978) és la més acceptada per la majoria d'autors i considera l'abús sexual infantil com els «contactes i interaccions entre un nin i un adult quan l'adult (agressor) usa el nin per estimular-se sexualment ell mateix, el nin o una altra persona. L'abús sexual pot ser també comès per una persona de menys de 18 anys quan és significativament més que el nin (víctima) o quan l'agressor està en una posició de poder o control sobre un altre».

Avui encara hi ha pocs estudis epidemiològics sobre l'abús sexual tant d'àmbit estatal com internacional, mancança que dificulta els coneixements reals sobre el tema. En el nostre cas, l'objectiu de l'estudi ha estat explorar la prevalença de l'abús sexual en la població universitària de les Balears, ja que fins al moment no se n'ha fet cap d'aquestes característiques a la nostra comunitat.

L'**objectiu** general d'aquest estudi és establir els índex de prevalença (H1 i 2) i els efectes de l'abús sexual (H3) en els individus.

Els objectius específics són:

- Identificar de quina manera es produeix l'abús sexual en la infància
- Establir la relació entre el tipus de victimització (severitat de l'abús, tipus d'agressor, edat de començament) i el grau de psicopatologia (H4)
- Explorar la relació entre factors sociològics (edat, sexe) i psicològics (sentiment de culpa, personalitat) i l'abús sexual infantil (H5)
- Analitzar la influència dels estils d'afrontament com a variables mediadores en la presència o no de simptomatologia psicopatològica en la víctima (H6)

### **Hipòtesis**

S'han formulat sis hipòtesis bàsiques, que s'han fonamentat en la literatura científica i han estat enteses com a respostes temptatives a les preguntes que plantegen els objectius. Les hipòtesis es desenvolupen i contrasten com a replicacions dels estudis de referència per a la població de les Illes Balears.

Hipòtesi 1. La prevalença d'abús sexual infantil (ASI) en estudiants universitaris, avaluada a través del Traumatic Life Events Questionnaire (TLEQ) (Kubany 1995, 1998), oscil·larà entre un 10% i un 15%, d'acord amb els estudis fets a Espanya.

Hipòtesi 2. D'acord amb la literatura científica, s'espera més prevalença de l'abús sexual infantil entre les dones. No obstant això, els efectes sobre la simptomatologia psicopatològica s'espera que s'igualin entre homes i dones.

Hipòtesi 3. La tercera hipòtesi d'aquest treball suposa que els estudiants víctimes d'abús sexual infantil presentaran més simptomatologia psicopatològica, representada per una puntuació més elevada en totes les dimensions psicopatològiques avaluades a través del Brief Symptom Inventory (Derogatis 1993), especialment en l'índex de més malestar psicològic que aquells que no hagin experimentat cap esdeveniment dels considerats estressants.

Hipòtesi 4. La intensitat de l'experiència d'abús, considerada a partir de la relació familiar, del nombre d'episodis i dels seus efectes immediats, explicaran la rellevància de l'experiència posttraumàtica de l'ASI a mitjan termini. Les experiències de baixa intensitat seran considerades menys importants en relació amb altres experiències traumàtiques, mentre que les d'intensitat elevada seran presentades com les experiències traumàtiques més rellevants.

Hipòtesi 5. D'acord amb el Model Multidimensional de Kubany i Watson (2003), així com amb l'estudi de Pereda (2006), la vivència d'un esdeveniment negatiu amb les característiques particulars de l'abús sexual, provoca que una gran part de les víctimes desenvolupin sentiments de culpa. La cinquena hipòtesi plantejada considera que els estudiants víctimes d'abús sexual infantil presentaran



més sentiment de culpa, avaluat a través del Trauma-Related Guilt Inventory (TRGI), que aquells que no hagin experimentat aquest esdeveniment.

Hipòtesi 6. Tenint en compte l'efecte mediador de les variables d'afrontament social (Cantón, Justicia 2008) en víctimes d'abús sexual infantil, s'espera que un estil de afrontament cognitiu (reformulació positiva, solució de problemes), segons l'avaluació de l'Inventari de Respostes d'Afrontament per a Adults (CRI-A; Moos 2010), esmortirà els potencials efectes negatius de l'experiència d'abús sexual i aquestes víctimes tindran més poca presència de simptomatologia psicopatològica que aquelles que disposin d'un estil d'afrontament basat en l'evitació i la resignació.

## 2. MÈTODE

S'ha fet un estudi d'enquesta transversal i s'hi ha inclòs informació retrospectiva. L'aplicació dels instruments s'ha basat en l'autoadministració controlada per enquestador en classe, durant sessions concertades amb el professorat.

### Mostra

Definició de la mostra. Per a un univers de 12.504 alumnes, s'ha definit una mostra de 484 elements que pertanyen a diverses facultats de la Universitat de les Illes Balears. La mostra empírica final fou de 480 subjectes i se'n descartaren quatre que incloïen respostes erràtiques o no fiables.

El marge d'error per als 480 elements considerats és de 4,48, amb un nivell de confiança de 2 sigmes (95,45%) i en el supòsit de màxima indeterminació ( $p=q$ ).

Procediment de mostreig. S'ha treballat segons un mostreig aleatori simple, aplicat segons un procés de mostratge en dues etapes, amb afixació proporcional per grans àrees d'estudi, i considerant la distribució per edat i sexe de la població d'estudiants universitaris de la UIB.

En una primera etapa, es va fer un mostreig de grups i cursos, segons les grans àrees, i es feren 875 enquestes. En una segona etapa, es va fer un mostreig aleatori entre les 875 enquestes disponibles, de les quals se'n seleccionaren 484. A través del procediment de sobremostreig i de selecció aleatòria en dues etapes, es va neutralitzar una part de l'autocorrelació present en els grups del mateix curs i carrera.

### Període del treball de camp

Es va fer la recollida completa de les dades els mesos d'octubre i novembre de 2010. No era època d'exàmens ni havia altres fonts d'estrès acadèmic identificades, per la qual cosa es facilità que es poguessin dedicar gairebé seixanta minuts a respondre els qüestionaris en bones condicions. Pel mateix motiu, prèviament sempre es va concertar amb el professorat seleccionat, però no s'explicà amb antelació a l'alumnat ni els objectius de l'estudi ni cap altra informació.



## Variables i instruments

S'ha treballat amb una selecció d'instruments d'avaluació: TRGI (Trauma-Related Guilt Inventory; Kubany et al. 1996), BSI (Brief Symptom Inventory; Derogatis, Spencer 1982), CRI-A (Inventari de Respostes d'Afrontament per a Adults; R. H. Moos 2010). El registre central va ser establert a partir de la versió espanyola del TLEQ (Traumatic Life Events Questionnaire; E. S. Kubany 1995, 1998) per avaluar l'abús sexual infantil.

Els instruments varen ser seleccionats en funció de les hipòtesis d'investigació, així com de la revisió de la literatura científica i la consulta d'estudis similars (Pereda 2006, 2007).

El Traumatic Life Events Questionnaire, TLE<sup>2</sup> (Kubany et al. 1996) avalua l'experiència personal de vint-i-dos esdeveniments vitals potencialment traumàtics, seguint la definició del DSM IV per a esdeveniments traumàtics. L'objectiu és identificar experiències vitals importants que poden afectar el benestar emocional o la qualitat de vida posterior d'una persona.

El qüestionari es presenta com un autoinforme, aplicable a població adulta a partir dels divuit anys i amb un mínim nivell de comprensió lectora. Els esdeveniments del qüestionari apareixen en ordre gradual des dels estressors externs a l'individu (per exemple, desastres naturals, accidents de trànsit) als més personals (per exemple, ser testimoni de violència domèstica, ser víctima de maltractament físic infantil o d'abús sexual infantil). El qüestionari inclou una pregunta oberta (ítem 23), que permet l'individu afegir una descripció de qualsevol altre esdeveniment estressant que hagi experimentat i que no estigui inclòs en les preguntes. A continuació, inclou una pregunta (ítem 24) que sol·licita que se seleccioni l'esdeveniment, solament un, que hagi causat més malestar. Si s'ha contestat aquesta pregunta, aleshores se sol·licita que s'empleni el qüestionari de culpabilitat relacionada amb el trauma (TRGI).

**Inventari de culpabilitat relacionada amb el trauma** (Trauma-Related Guilt Inventory, TRGI; Kubany et al. 1996). Aquest qüestionari pretén mesurar un aspecte, el de la culpabilitat, que és molt freqüent en tots els tipus de trauma i que pot contribuir al manteniment del trastorn d'estrès post-traumàtic (TEPT). Consta de 32 ítems, valorats de 0 a 4 i distribuïts en tres escales i tres subescales. Les tres escales són: culpabilitat global (4 ítems), malestar (6 ítems) i cognicions de culpa (22 ítems). Aquesta última està dividida en tres subescales: biaix retrospectiu/responsabilitat (7 ítems), mal comportament (violació de normes personals, 5 ítems) i falta de justificació (4 ítems). Es disposa de normes per a universitaris i dones maltractades.

**L'Inventari breu de símptomes** (Brief Symptoms Inventory, BSI) de Derogatis i Spencer (1982) es va emprar per mesurar la psicopatologia general d'ambdós pares. El BSI és la forma abreujada del Symptoms Checklist-90-Revised (SCL-90-R, Derogatis 1977) i consta de 53 ítems, agrupats en 9 dimensions (somatització, obsessió-compulsió, sensibilitat interpersonal, depressió, ansietat, hostilitat, ansietat fòbica, ideació paranoide i psicoticisme).

<sup>2</sup> TLEQ. Copyright: E. S. Kubany (1995, 1998). Reproduced by permission. Experimental Spanish edition. Pereda, N. (2002). Department of Personality, Assessment and Psychological Treatments. Faculty of Psychology. Passeig de la Vall d'Hebron, 171. 08035, Barcelona, Spain.

Segons Derogatis i Melisaratos (1983), les nou dimensions del \*BSI tenen una fiabilitat test-retest i una consistència interna molt bona, així com una elevada validesa convergent i discriminant amb les escales equivalents del MMPI. No obstant això, els resultats obtinguts per alguns investigadors sobre l'estructura factorial del BSI posen en qüestió la suposada multidimensionalitat de l'inventari i indiquen que la seva veritable és que proporciona una mesura general (unidimensional) de psicopatologia (Boulet, Boss 1991; Piersma, Boes, Reaume 1994).

Igualment, s'ha treballat amb l'**Inventari de respostes d'afrontament per a adults** (CRI-A. Coping Responses Inventory-Adult Form, CRI-A; Moos 2010), qüestionari per a l'avaluació de la capacitat i l'estil d'afrontament, validat per a la població espanyola.

### Tractament de les dades

Per tractar les dades s'ha utilitzat el programa d'anàlisi estadística SPSS, versió 19.

## 3. RESULTATS DE LA INVESTIGACIÓ

A continuació, es presenta un resum dels resultats obtinguts en l'estudi. La presentació detallada es farà en una publicació monogràfica que actualment està en procés de preparació.

### Prevalença de l'abús sexual infantil

Del total de 480 participants en l'estudi, un grup de setanta estudiants, homes i dones, havia sofert algun tipus d'abús sexual, cinquanta-set dels quals l'havia patit abans dels 18 anys. Per edats, 44 persones (62,83%) havia sofert ASI abans dels 13 anys, 21 persones (30,0%), entre els 13 i els 18, i 19 persones (27,1%), després dels 18 anys. Com es pot comprovar, bastants persones varen patir ASI a diverses edats de la seva vida, per la qual cosa els tres últims percentatges no sumen 100%.

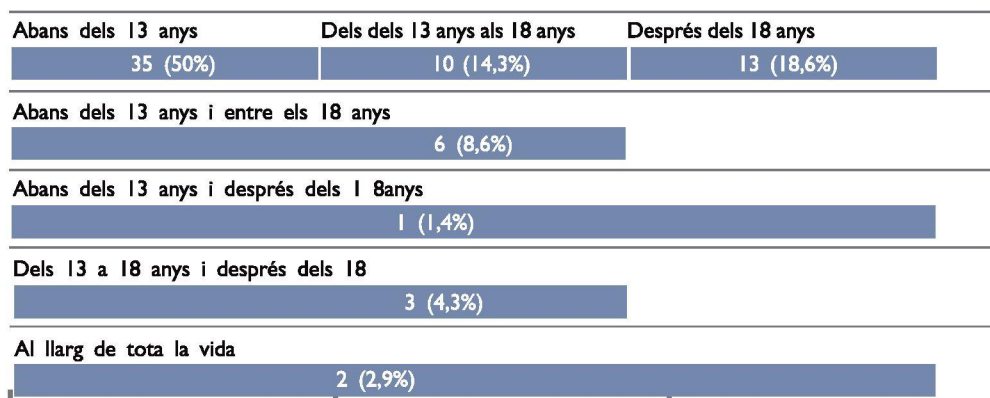
El percentatge de víctimes d'abús sexual a qualsevol edat fou d'un 14,6% del total de participants, un 18,73% de les dones i un 5,37% dels homes. La prevalença de l'abús sexual fins als 18 anys és d'un 13,54% (N=65).

Si es para esment solament a aquelles persones en les quals el primer o únic episodi d'abús es va produir abans que la víctima complís els 13 anys, la prevalença baixa fins a un 9,2% del total de la mostra. Els gràfics 1, 2 i 3 mostren d'una manera simplificada les dades de prevalença presentades fins ara.

### GRÀFIC 1. ABÚS SEXUAL

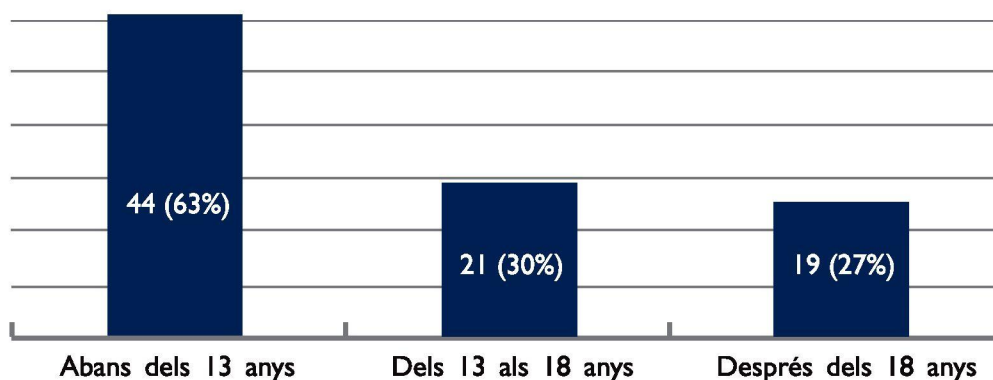


### GRÀFIC 2. ABÚS SEXUAL SEGONS EDAT EN LA QUE S'HA PATIT



(% en relació a 70 persones que han patit abusos)

### GRÀFIC 3. ABÚS SEXUAL SEGONS L'EDAT EN LA QUE S'HA PATIT



(% en relació a 70 persones que han patit abusos)

Nota: els percentatges no sumen 100 perquè es poden haver patit abusos en diverses edats

#### Intensitat de l'abús sexual infantil

El nombre d'episodis varia en cada període. Abans dels 13 anys, el 6,9% dels estudiants va patir entre un i tres episodis, mentre un 2,3% en va patir més de tres.

Entre els 13 i els 18 anys, un 3,3% dels estudiants va patir entre un i tres episodis; un 1% va patir més de tres episodis. Pel que fa als qui cometten aquests abusos, en el 54,5%, abans dels 13 anys, han estat familiars de la víctima, la qual cosa representa intensificació de victimització. Dels 13 als 18 anys, els qui cometten els abusos són majoritàriament amics o la pròpia parella, i l'abús perpetrat per familiars queda reduït a un 19,1%.

En un 20,5% dels casos, abans dels tretze anys, l'ASI era acompanyat d'amenaçes i de l'ús de la força, percentatge que augmentà fins al 47,6% entre els 13 i els 18 anys. Aquesta dada és coherent amb la



declaració sobre els efectes immediats de l'ASI, ja que un 40,9% va patir por intensa, indefensió o terror quan l'abús va ocórrer abans dels 13 anys. Aquest percentatge augmenta fins al 85,7%, entre els 13 i 18 anys.

#### Victimització i culpabilitat

L'anàlisi de les experiències de victimització mostra que hi ha diverses experiències associades, les més freqüents i impactants de les quals són la mort d'una persona propera (69,2%), l'amenaça vital per a una persona estimada (54,1%) i els accidents de trànsit (30,5%). Solament un 29,6% dels estudiants no ha patit cap experiència traumàtica que recordi. En relació amb les experiències traumàtiques associades a l'ASI, les dues més freqüents són la mort d'una persona estimada (69,1% dels qui també han patit ASI) i l'amenaça vital per a una persona estimada (61,8%).

Pel que fa al malestar psicològic més fort, un 5% declaren que es tracta del malestar per experiències d'abús sexual, mentre que el 68,8% declara que el malestar psicològic més accentuat és provocat per altres experiències, normalment associades a la mort d'éssers estimats o a episodis de violència.

Es va fer un contrast entre les mitjanes en les diverses escales de culpabilitat obtingudes pel grup de participants víctimes d'abús, entre 0 i 18 anys: es detectà més malestar psicològic per abús sexual (N=24) i un grup de comparació format pels participants amb més malestar psicològic per altres motius (N=308).

No es varen trobar diferències estadísticament significatives entre el grup de participants amb més malestar psicològic per abús sexual i els de més malestar per altres motius, ni en l'escala de culpabilitat global ni en les cognicions de culpa ni tampoc en la culpabilitat per violació de les normes personals. No obstant això, sí que es varen observar diferències significatives en la culpabilitat per manca de justificació entre ambdós grups. La puntuació de les víctimes amb més malestar per abús sexual era significativament més elevada [ $t(328)=2,595$ ;  $p=0,01$ ] que la dels estudiants amb més malestar per altres motius.

Quan l'anàlisi es fa no a partir del malestar psicològic més fort declarat, sinó de les experiències d'abús sexual (N=70) i de la no presència d'abús sexual (N=408), els resultats del contrast entre les mitjanes de les escales de culpabilitat canvien considerablement i passen a ser significatives les diferències en les sis escales considerades.

A la taula I es mostren les mitjanes i desviacions, així com els resultats del contrast i la significació. Com es pot observar, les puntuacions del grup de víctimes d'abús va ser sempre superior a la del grup de no víctimes. Aquestes diferències entre les mitjanes entre ambdós grups varen resultar significatives ( $p<0,05$ ) per a les cinc escales i per a l'escala de culpabilitat global.

**QUADRE 1. PROVA T PER A LA IGUALTAT DE MITJANES EN LES ESCALES DE CULPABILITAT, SEGONS L'EXPERIÈNCIA D'ASI O NO**

Escala TRGI	T	Sig. (bilateral)	Diferència de mitjanes	95% interval de confiança per a la diferència	
				Inferior	Superior
Culpabilitat global	-2,439	,015	-1,085	-1,959	-,211
Malestar	-2,115	,035	-,818	-1,577	-,058
Cognicions de culpa	-2,999	,003	-1,334	-2,209	-,460
Biaix retrospectiu	-4,024	,000	-1,771	-2,636	-,906
Violació normes personals	-2,668	,008	-1,185	-2,058	-,312
Manca de justificació	-2,898	,004	-1,286	-2,157	-,414

Síntomes psicopatològics i experiència de l'abús sexual infantil

A la taula 2, apareixen reflectits els resultats del contrast de la comparació de mitjanes de les diferents escales de símptomes psicopatològics entre els qui han patit experiències d'abús sexual (N=70) i els qui no han patit aquestes experiències (N=408).

**QUADRE 2. PROVA T PER A LA IGUALTAT DE MITJANES EN LES ESCALES DE SÍMPTOMES PSICOPATOLÒGICS, SEGONS L'EXPERIÈNCIA D'ASI O NO**

Escala BSI	T	Sig. (bilateral)	Diferència de mitjanes	95% interval de confiança per a la diferència	
				Inferior	Superior
Somatització	-2,317	,021	-,737	-1,362	-,112
Obsessió-compulsió	-2,453	,015	-,570	-1,026	-,113
Sensibilitat interpersonal	-2,242	,025	-,632	-1,186	-,078
Depressió	-2,545	,011	-,894	-1,585	-,204
Ansietat	-1,386	,167	-,562	-1,359	,235
Hostilitat	-2,357	,019	-,634	-1,163	-,105
Ansietat fòbica	-2,172	,030	-,592	-1,128	-,056
Ideació paranoide	-1,478	,140	-,454	-1,057	,150
Psicoticisme	-3,123	,002	-1,040	-1,695	-,386
Unidimensional de psicopatologia	-3,817	,000	-,733	-1,110	-,355

Com es pot observar, la presència de símptomes psicopatològics és significativament superior en una part apreciable de les escales (somatització, obsessió-compulsió, sensibilitat interpersonal, depressió, hostilitat, ansietat fòbica, psicoticisme i en l'escala unidimensional de psicopatologia), en el cas dels qui han patit abús sexual. No es troben diferències significatives en les escales d'ansietat i ideació paranoide.

Els resultats de l'anàlisi dels estils d'afrontament es presenten en la taula 3. Les diferències no són significatives entre els qui han patit abús sexual i els qui no n'han patit. Solament es poden destacar resultats significativament superiors entre els qui han patit ASI en l'anàlisi lògica (els esforços cognitius per entendre i preparar-se mentalment per afrontar un element generador d'estrès i les seves conseqüències) i en la descàrrega emocional (els esforços conductuals per reduir la tensió mitjançant l'expressió dels sentiments negatius).

**QUADRE 3. PROVA T PER A LA IGUALTAT DE MITJANES EN LES ESCALES D'ESTILS D'AFRONTAMENT, SEGONS L'EXPERIÈNCIA D'ASI O NO**

Escala CRI-A	T	Sig. (bilateral)	Diferència de mitjanes	95% interval de confiança per a la diferència	
				Inferior	Superior
Anàlisi lògica	-2,324	,021	-1,360	-2,510	-,210
Reformulació positiva	,454	,650	,403	-1,342	2,148
Cerca de guia i suport	-,355	,722	-,249	-1,623	1,126
Solució de problemes	,200	,841	,147	-1,296	1,590
Evitació cognitiva	-1,139	,255	-,759	-2,068	,551
Acceptació o resignació	-1,202	,230	-,745	-1,963	,473
Cerca de recompenses alternatives	-1,062	,289	-,561	-1,598	,477
Descàrrega emocional	-3,292	,001	-1,550	-2,475	-,625

Per a la submostra d'estudiants amb experiències d'abús sexual, s'ha estudiat el paper de variables mediadores d'uns determinats estils d'afrontament en la presència de simptomatologia psicopatològica. Contra el que s'esperava (Cantón, Justícia 2008), les correlacions no mostren que hi hagi una relació significativa entre l'estratègia d'afrontament per acceptació o resignació i les puntuacions en depressió ( $r=0,098$ ;  $p>0,05$ ) i ansietat ( $r=0,053$ ;  $p>0,05$ ). És a dir, l'ús de l'evitació no es relaciona amb un risc més elevat d'obtenir puntuacions més altes en depressió i ansietat. L'afrontament basat en la solució de problemes tampoc no correlaciona amb una presència més baixa de símptomes de depressió ( $r=0,140$ ;  $p>0,05$ ) i ansietat ( $r=0,146$ ;  $p>0,05$ ). L'enfocament cognitiu (anàlisi lògica i reformulació positiva) influeix positivament en la reducció de la presència de simptomatologia d'ansietat ( $r=-0,371$ ;  $p=0,002$ ), encara que la correlació amb la reducció dels símptomes depressius no és significativa ( $r=-0,024$ ;  $p>0,05$ ).

#### 4. DISCUSSIÓ

La prevalença d'ASI obtinguda en el nostre estudi (14,6% del total de participants, un 18,73% de les dones i un 5,37% dels homes) resulta lleugerament inferior a la d'altres estudis portats a terme en el nostre país amb mostres universitàries (Pereda 2006; Pereda, Forns 2007), especialment pel que fa als més joves de 13 anys, ja que en el nostre estudi la prevalença és d'un 9,2% i, per Pereda i



Forns, és d'un 14,9%. Altres estudis fets a Espanya amb població universitària obtenen resultats molt similars al nostre (Cantón, Justicia<sup>3</sup> 2008).

En qualsevol cas, la prevalença entre els 13 i els 18 anys en el nostre estudi és una mica superior a l'obtinguda per Pereda (2006): en el nostre cas representa un 4,4%, i per ella, és d'un 3%. La primera hipòtesi es confirma per a les experiències d'ASI fins als 18 anys.

La segona hipòtesi també es confirma, ja que s'observa més prevalença de l'abús sexual infantil entre les dones. L'ASI és especialment greu per a les nines i adolescents, bastant més que per als nins. A més, com es pot observar en els resultats, l'abús sexual es redueix en freqüència i intensitat amb l'edat.

No es pot forçar la interpretació dels efectes a llarg termini de l'ASI, però alguns dels resultats informen sobre més presència de diverses modalitats de culpabilitat i de més simptomatologia entre qui han patit ASI. Aquesta diferència és estadísticament significativa, per la qual cosa es confirma la tercera hipòtesi, en el sentit que els estudiants víctimes d'abús sexual infantil presenten més simptomatologia psicopatològica. Hi ha estudis clàssics, com el de Bershtein, Stein i Handelsman (1998), que han conclòs que l'abús sexual correlaciona amb una gran varietat de trastorns de personalitat, encara que no ho faci específicament ni d'una manera destacada amb cap. Els resultats tenen l'inconvenient que els participants eren masculins. No obstant això, altres estudis posteriors no han estat capaços de replicar consistentment aquesta associació (Grover et al. 2007). Els treballs més recents conclouen que s'han de tenir en compte els factors mediadors entre les experiències d'ASI i la simptomatologia, entre els quals identifiquen la resiliència com un dels més destacats (Pereda et al. 2011).

Les dades permeten confirmar la cinquena hipòtesi plantejada, ja que els estudiants víctimes d'abús sexual infantil presenten més sentiment de culpa, avaluat a través del TLEQ, que aquells que no han experimentat ASI.

Abans dels 13 anys, es tracta d'ASI perpetrat per familiars del menor que no necessiten usar la violència física, mentre a partir dels 13 anys es tracta d'amics o de la parella, amb una presència elevada de violència física, la qual cosa genera una sensació d'indefensió i de terror intensos. No s'ha pogut comprovar correctament la quarta hipòtesi, centrada en l'argument que la intensitat de l'experiència d'abús, considerada a partir de la relació familiar, del nombre d'episodis i dels efectes immediats expliquen la rellevància de l'experiència posttraumàtica de l'ASI a mitjan termini. Es produeix més impacte els primers anys per la presència de familiars, però les experiències d'abús en l'adolescència es recorden intensament associades a l'ús de violència i són recordades com a més traumàtiques. No s'ha pogut establir una escala d'intensitat concloent, per la qual cosa la quarta hipòtesi no s'ha pogut contrastar.

Pel que fa als estils d'afrontament, l'anàlisi se centra en l'avaluació dels estils actuals, de manera que no es pot forçar una interpretació d'aquests estils ni la manera d'afrontar les experiències d'abús sexual quan es produeixen.

<sup>3</sup> El percentatge de víctimes d'ASI va ser d'un 9,46% del total de participants: un 9,96% de les dones i un 6,5% dels homes (Cantón, Justicia 2008, 511).

Es pot considerar que les experiències d'ASI no han tingut una influència significativa sobre els estils d'afrontament actuals i s'han igualat significativament els estils dominants. No es pot especular sobre quins hagueren de ser els estils d'afrontament en el moment de les experiències d'ASI, per la qual cosa no es pot saber fins a quin punt varen ser factors moduladors dels efectes a llarg termini. No obstant això, sí que es pot estudiar, per a la submostra d'estudiants amb experiències d'abús sexual, el paper com a variables mediadores d'uns determinats estils d'afrontament en la presència de simptomatologia psicopatològica.

La relació entre els estils d'afrontament i la presència de simptomatologia no va ser determinant per diferenciar els efectes a llarg termini de les experiències d'abús sexual, avaluats a partir de la presència de simptomatologia psicopatològica. Solament s'obtenen resultats satisfactoris entre respostes d'afrontament cognitiu (anàlisi lògica i reformulació positiva) i la reducció de la presència de simptomatologia d'ansietat. En resum, en termes d'intervenció, podem concloure que la presència d'estratègies d'afrontament positives (afrontament cognitiu, solució de problemes) en víctimes d'ASI no sembla que tingui cap relació significativa amb una simptomatologia més baixa, però sí que sembla ser positiu l'afrontament cognitiu sobre la reducció dels símptomes d'ansietat. Això a banda, l'ús d'estratègies d'evitació i de resignació no mostra una relació significativa amb una presència més elevada de simptomatologia depressiva o d'ansietat.

### **Agraïments**

**Aquest treball es va desenvolupar gràcies a la col·laboració desinteressada de la Universitat de les Illes Balears. Volem agrair la dedicació de l'alumnat i del professorat.**

## REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

- Bernstein, D. P.; Stein, J. A.; Handelsman, L. (1998). «Predicting personality pathology among adult patients with substance use disorders: effects of childhood maltreatment». *Addict Behav* 23, pàg. 855-868.
- Boulet, J.; Boss, M.W. (1991). «Reliability and validity of the Brief Symptom Inventory. Psychological Assessment». *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 3, pàg. 433-437.
- Canton, D.; Justicia, F. (2008). «Afrontamiento del abuso sexual infantil y ajuste psicológico a largo plazo». *Psicothema* 4, pàg. 509-515.
- Derogatis, L. R. (1977). *S. C. L. -90-R. Administration Scoring and Procedures. Manual*. Baltimore: Clinical Psychometric Research.
- Derogatis, L. R.; Melisaratos, N. (1983). «The Brief Symptom Inventory: an introduction report». *Psychological Medicine* 13, pàg. 595-605.
- Derogatis, L. R.; Spencer, P. M. (1982). *The Brief Symptom Inventory (BSI). Administration, Scoring and Procedures Manual-I*. Baltimore: Johns Hopkins University School of Medicine, Clinical Psychometric Research Unit.
- Grover, K. E.; Carpenter, L. L.; Price, L. H.; Gagne, G. G.; Mello, A. F. [et al.] (2007). «The relationship between childhood abuse and adult personality disorder symptoms». *Journal of Pers Disord* 21, pàg. 442-447.
- Kempe, C. H. (1978). «Sexual abuse, another hidden pediatric problem. C. Anderson Aldrich lecture». *Pediatrics* 62 (núm. 3), pàg. 382-389.
- Kubany, E. S.; Haynes, S. N.; Abueg, F. R.; Manke, F. P.; Brennan, J. M.; Stahura, C. (1996). «Development and validation of the Trauma-Related Guilt Inventory (TRGI)». *Psychological Assessment* 8, pàg. 428-444.
- Moos, R. H. (2010). *Inventario de respuestas de afrontamiento para adultos (CRI-A)*. Madrid: TEA ediciones.
- Pereda, N. (2006). *Malestar psicológico en estudiantes universitarios víctimas de abuso sexual infantil y otros estresores*. Tesis doctoral. Barcelona: Universitat de Barcelona (<http://www.tdx.cat>).
- Pereda, N.; Forns, M. (2007). «Prevalencia y características del abuso sexual infantil en estudiantes universitarios españoles». *Child Abuse and Neglect* 31 (núm. 4), pàg. 417-426.
- Pereda, N.; Gallardo-Pujol, D.; Jiménez Padilla, R. (2011). «Trastornos de personalidad en víctimas de abuso sexual infantil». *Actas Españolas de Psiquiatría*, 39 (núm. 2), pàg. 131-139.
- Piersma, H. L.; Boes, J. L.; Reaume, W. M. (1994). «Unidimensionality of the Brief Symptom Inventory (BSI) in adult and adolescent inpatients». *Journal of personality assessment* 63, pàg. 338-344.