

3. ABUSO SEXUAL DE NIÑOS

LUCY BERLINER
DIANA M. ELLIOT

Incidentes y características del abuso

El abuso sexual involucra cualquier actividad sexual con un niño en que el niño no da o no puede dar su consentimiento (Berliner, 2000; Finkelhor, 1979). Esto incluye contacto sexual que se logra a la fuerza o con amenaza de fuerza, independientemente de la edad de los participantes, y todo contacto sexual entre un adulto y un niño, independientemente de si hay engaño o el niño comprende la naturaleza sexual de la actividad. El contacto sexual entre un niño mayor y uno menor también puede ser abusivo si hay una disparidad significativa de edad, desarrollo o tamaño, lo que hace que el niño menor sea incapaz de consentir informadamente. Los actos sexualmente abusivos pueden incluir penetración sexual, tocaciones de carácter sexual o actos sexuales sin contacto físico como exposición o voyerismo.

Todos los estados tienen leyes que prohíben el abuso sexual de niños (Myers, 1998). Cada estado define individualmente y da nombre a las actividades prohibidas, y así los estatutos criminales varían de un estado a otro. Los estatutos de abuso infantil habitualmente definen la conducta sexualmente abusiva en forma muy amplia pero algunas veces extienden la jurisdicción sólo a actos cometidos por las personas que cuidan a los niños. Los estados identifican una edad en la cual un individuo puede consentir al contacto sexual, habitualmente entre 14 y 18 años de edad. El contacto sexual entre un adulto y un menor por debajo de la edad de consentimiento es ilegal. Además, el incesto es generalmente ilegal independientemente de la edad o el consentimiento. Los estatutos criminales también se aplican a los adolescentes. Incluso niños menores pueden ser procesados por abuso sexual, sin embargo se debe establecer que el niño que realiza el abuso era capaz de tener el intento de cometer un delito.

Índices de abuso sexual

La incidencia y prevalencia precisas de abuso sexual en la población general se desconocen. Es difícil establecer las tasas de incidencia porque la mayoría de los casos de abuso sexual no se denuncian en el momento en que ocurren (Ej. Finkelhor, Hotaling, Lewis, & Smith, 1990). Además, es imposible conocer exactamente cuántos casos de abuso sexual se denuncian anualmente en todo el país. Debido a que no existe un sistema nacional de denuncia de delitos en contra de niños, las estadísticas oficiales de crímenes y abuso infantil tienden a ser irrealizables. Las cifras de abuso infantil varían de acuerdo con las definiciones de los estados y algunas veces no incluyen el abuso sexual cometido por personas que no son familiares de la víctima. Actualmente, el mejor mecanismo para determinar el alcance del abuso sexual infantil es a través de encuestas retrospectivas de

poblaciones no clínicas adultas. Tales encuestas muestran una variabilidad considerable que se puede explicar por las diferencias en las metodologías de investigación. La población encuestada, el método de encuesta, el tipo y número de preguntas de selección, y las definiciones de abuso sexual, todas las cuales influyen en las cifras de abuso reportadas (Finkelhor, 1994).

Finkelhor (1994) revisó varias encuestas retrospectivas de prevalencia con adultos realizadas en Estados Unidos y Canadá y concluyó que al menos 20%-25% de las mujeres y entre 5% y 15% de los hombres experimentan contacto sexual abusivo. La mayoría de los estudios del impacto del abuso sexual en poblaciones adultas encuentran porcentajes similares. Se han realizado dos encuestas de muestras representativas nacionales de adolescentes que indagan sobre experiencias de asalto físico y sexual (Finkelhor & Dziuba-Leatherman, 1994; Kilpatrick & Saunders, 1999). En estos estudios, se informaron tasas relativamente más bajas de abuso sexual, pero debido a que los jóvenes aún no tenían 18 años, todavía existía la oportunidad de que fueran víctimas de tales acciones. Además, muy pocos de estos niños informaron sobre abuso intrafamiliar. Es muy probable que el método de investigación realizado a través de entrevistas telefónicas en que los padres tenían que dar su consentimiento para que los niños participaran puedan haber inhibido a los niños de relatar ciertos tipos de experiencias.

Investigación reciente sobre el impacto del trauma en la memoria sugiere que las estimaciones de índices de abuso basadas en auto-informes de adultos puedan subestimar la prevalencia. Dos estudios longitudinales prospectivos de adultos con historias documentadas de abuso sexual infantil encontraron que más del 30% de las personas que respondieron no informaron sobre esas experiencias tempranas cuando se les interrogó (Widom & Morris, 1997, Williams, 1994). Aun cuando cierta proporción de la falta de denuncia se deba a la reticencia de revelar el abuso recordado, el análisis de Williams (1994) de la respuesta de mujeres que no informaron casos de abuso documentados, sugiere que no recordaban lo que había ocurrido, dado que más de la mitad de estos sujetos informaron *otras* experiencias sexuales abusivas en su infancia.

La denuncia de abuso sexual aumentó significativamente a fines de los 80 y a principios de los 90. En los últimos años, sin embargo, se ha observado una disminución considerable de las denuncias de abuso infantil a las autoridades (Jones & Finkelhor, 2001). La mayoría de los estados han observado disminuciones de hasta 30% desde 1994. Las razones de este cambio no son claras pero podrían ser el resultado de disminuciones reales de la tasa de abuso sexual o cambios en las políticas y prácticas con respecto de los informes de selección. En este respecto, las tasas de delitos en general han disminuido, y esta tendencia también podría estar reflejando en los casos de abuso sexual, o es posible que los esfuerzos de prevención puedan haber sido eficaces. Alternativamente, dado que los casos "informados" reflejan la cifra que ha sido aceptada para investigación, la disminución de las tasas informadas pueden reflejar la aplicación de criterios más estrictos para aceptar casos para investigación.

Características de las experiencias de abuso sexual

Las características informadas de abuso sexual varían dependiendo de la fuente de la información. Por ejemplo, los sistemas de denuncia de abuso infantil y los programas clínicos tienden a destacar los casos intrafamiliares. Sobre la base de encuestas a la población general (Ej. Finkelhor, 1994; Saunders, Kilpatrick; Hanson, Resnick, & Walker, 1999), el abuso por parte de los figuras paternas (padres, padrastros) constituye entre el 6% y el 16% de todos los casos, y el abuso por parte de cualquier pariente constituye más de un tercio de los casos. En estas muestras no clínicas, los adolescentes representan hasta el 40% de los abusadores, y personas extrañas representan una proporción relativamente baja (5%-15%), el resto de los casos involucran a personas conocidas del niño o de la familia. En las muestras clínicas, las figuras paternas comprenden entre un cuarto y un tercio de los abusadores y si se consideran todos los parientes, alrededor de la mitad (Ej. Elliot & Briere, 1994; Gomes Schwartz, Horowitz, & Cardarelli, 1990; Ruggiero, McLeer, & Dixon, 2000). Tanto en las muestras clínicas como no clínicas, la gran mayoría de los abusadores eran varones, aunque los niños con mayor frecuencia que las niñas son abusados por mujeres (20% vs. 5%) (Finkelhor & Russell, 1984), y 40% de los casos informados de abuso sexual mientras se cuida al niño en el día involucran a abusadoras mujeres (Finkelhor, Williams, & Burns, 1988).

Episodios múltiples de abuso sexual son muy comunes, ocurren en hasta la mitad de los casos en muestras no clínicas (Ej. Saunders et al., 1999) y en hasta tres cuartos de los niños en muestras clínicas (Conte & Schurman, 1987; Elliott & Briere, 1994; Ruggiero et al., 2000). El intento o consumación de la penetración oral, anal o vaginal ocurre en alrededor de un cuarto de los individuos no clínicos (Finkelhor, 1994) y en la mitad o más de las muestras clínicas (Elliott & Briere, 1994; Gomes-Schwartz et al., 1990; Ruggiero et al., 2000). La edad media del abuso sexual es aproximadamente 9 años de edad y un rango desde la infancia hasta los 17 años de edad.

En las muestras clínicas, tanto el sexo y la raza se asocian con algunas diferencias de experiencias y circunstancias de abuso. Comparado con las mujeres, los hombres son mayores al inicio de la victimización, tienen más probabilidades de ser abusados por personas ajenas a la familia y tienen más probabilidades de ser abusados por mujeres y por personas conocidas por haber abusado de otros niños (Ej. Faller, 1989a, 1989b; Colmes & Slip, 1998). En los pocos estudios que analizan específicamente el origen étnico, las diferencias en el tipo y duración de la experiencia de abuso, relación con el abusador, características familiares y respuesta de la familia están asociadas con los antecedentes étnicos (Huston, Parra, Prihoda, & Foulds, 1995; Mennen, 1995; Rao, DiClemente, & Ponton, 1992; Sanders-Phillips, Moisan, Wadlington, Morgan, & English, 1995). No está del todo claro cual es la razón de estas variaciones étnicas. Es posible que sean el resultado de distorsiones en la denuncia, diferencias en la conformación familiar o prácticas culturales, o simplemente un producto artificial de las muestras en estos estudios. Las mujeres afro americanas y caucásicas no clínicas tienen tasas similares de abuso sexual infantil (Wyatt, 1985). Los índices para las mujeres asiáticas son algo más bajos, y las mujeres hispánicas tienen mayor riesgo de abuso incestuoso (Russell, 1984).

Se cree que las familias con un niño que ha sido abusado sexualmente tienen ciertas características. Los estudios empíricos han encontrado que las familias de las víctimas de abuso sexual incestuoso y no incestuoso se caracterizan por ser menos cohesionadas, más desorganizadas, y generalmente más disfuncionales que las familias de individuos no abusados (Elliot, 1994; Hoagwood & Stewart, 1989; Madonna, Van Scoyk, & Jones, 1994; Mannarino & Cohen, 1996^a, 1996b). Las áreas que se identifican con mayor frecuencia como problemáticas en los casos de incesto son los problemas de comunicación, la falta de cercanía y flexibilidad emocional, y el aislamiento social (Ej. Dadds, Smith, Wever, & Robinson, 1991). Aun cuando pareciera que las familias en las cuales ha ocurrido incesto presentan mayor grado de disfuncionalidad, es posible que la patología sea en la misma medida el resultado del incesto como la causa del mismo (Briere, 2000a, Briere & Elliott, 1993).

Se han identificado algunos factores de riesgo de abuso sexual. Las niñas tienen más riesgo de sufrir abuso sexual que los niños. Tanto los niños como las niñas tienen más riesgo si han vivido sin uno de sus padres naturales, tienen una madre no disponible, o perciben su vida familiar como infeliz (Finkelhor & Baron, 1986a, 1986b; Finkelhor et al., 1990; Colmes & Slip, 1998). Se especula que los niños que tienen alguna vulnerabilidad psicológica o cognitiva pueden tener mayor riesgo de sufrir abuso sexual (Ej. Tharinger, Horton, & Millea, 1990). La incidencia informada de abuso sexual entre niños con discapacidad es 1,75 veces más alto que la tasa para los niños sin discapacidad (National Center on Child Abuse and Neglect – NCCAN, 1993). Sin embargo, no hay suficiente información para confirmar si ese es un fenómeno de la denuncia o una mayor vulnerabilidad real (Newman, Christopher, & Berry, 2000). A diferencia de otras formas de abuso infantil, el abuso sexual no parece tener relación con el nivel socioeconómico.

El abuso sexual se logra en diferentes formas. En algunos casos, aun cuando el abusador tiene relación con el niño, la victimización ocurre sin advertencia. Habitualmente, los abusadores se involucran en un proceso gradual de dar una connotación sexual a la relación a lo largo del tiempo (Berliner & Conte, 1990). Los abusadores pueden ocultar la naturaleza sexual de la actividad caracterizándola como no sexual (Ej. educación sexual, higiene) o pueden estimular al niño a considerar la relación como mutua. Los abusadores que repiten su conducta generalmente calculan y planifican su aproximación a las víctimas, usando frecuentemente estrategias complejas para involucrar al niño, mantener su cooperación, y evitar que ellos denuncien (Conte, Wolfe, & Smith, 1989; Elliott, Browne, & Kilcoyne, 1995; Lang & Frenzel, 1988). En un alto porcentaje de los casos, los abusadores utilizan la fuerza, amenazan al niño, o inducen temor de lesiones o muerte (Ej. Elliott & Briere, 1994; Gomes-Schwartz et al., 1990; Saunders et al., 1999). En otros casos, el abusador emplea coerción emocional, ofrecen recompensas tangibles, o abusa de su autoridad de adulto.

Dar a conocer y denunciar el abuso sexual

La mayoría de los casos de abuso sexual no se dan a conocer ni se denuncian inmediatamente a las autoridades después de que se ha dado a conocer. Los estudios de

poblaciones clínicas y no clínicas de adultos revelan que menos de la mitad de las víctimas le cuenta a alguien lo sucedido en el momento del abuso, y un porcentaje más alto nunca revela haber sido víctima de abuso sexual hasta que se le pregunta con fines de investigación (Finkelhor et al., 1990; Smith, Elstein, Trost, & Bulkely, 1993). Por ejemplo, Finkelhor et al. (1990) encontró que sólo alrededor del 40% de los hombres y mujeres habían revelado el abuso en el momento en que ocurrió, 24% de las mujeres y 14% de los hombres lo contaron más adelante, y 33% de las mujeres y 42% de los hombres nunca lo comunicaron hasta el momento en que se recolectó la información. Similarmente, Elliott (1993) encontró que entre las mujeres profesionales que habían sido abusadas de niñas, la comunicación inmediata del hecho ocurrió sólo en el 20% de los casos, mientras que el 40% de la muestra no había revelado el abuso hasta terminar la encuesta. En estudios retrospectivos, sólo el 6% a 12% de los casos se informan a las autoridades (Elliott, 1993; Russell; 1984; Saunders et al., 1999).

El menor número de denuncias puede deberse a la naturaleza de los actos y no sólo al hecho de que las víctimas sean niños. En general, los delitos en contra de niños se informan menos al sistema de justicia criminal que los delitos en contra de adultos aun cuando su naturaleza sea de una gravedad comparable (Finkelhor, Wolack, & Berliner, 2001). Sin embargo, la Encuesta Nacional de Victimización Criminal que incluye a niños mayores de 12 años de edad, encontró que a pesar de que el asalto sexual tenía la menor tasa de denuncia entre todos los delitos, la tasa de los adolescentes era equivalente a la de los adultos, alrededor de 30% de los asaltos sexuales reconocidos (Finkelhor & Olmrod, 2000).

La investigación realizada en muestras clínicas y forenses de niños también sugiere que habitualmente hay retraso en la denuncia. Por ejemplo, Gomes-Schwartz et al. (1990) encontraron que sólo 24% de las víctimas informaron sobre el episodio dentro de una semana y algunas esperaron años para hacerlo. Muchas veces la victimización sale a la luz debido a que el niño relata casualmente el hecho. Algunas veces, por ejemplo, el niño confía en un amigo sin intención de denunciar oficialmente. El abuso también puede ser descubierto debido a conductas o afirmaciones sospechosas, detecciones médicas de lesión o infección, o debido a que algún testigo sorprendió el hecho, se encontraron fotografías pornográficas o el abusador confesó.

Cuando un niño informa el hecho, lo más común es que le cuente a uno de sus padres, habitualmente a la madre (Sauzier, 1989). En general, en el 45%-75% de los casos que son denunciados a las autoridades, el evento que lo desencadena es algún hecho ajeno a la denuncia de abuso por parte del niño (Elliott & Briere, 1995; Sauzier, 1989;) Sorensen & Snow, 1991). Se ha observado que incluso cuando niños que han sido víctimas de abuso son interrogados directamente, algunos inicialmente pueden negar el abuso. Después de una denuncia inicial, algunos niños se retractan. Summit (1983, 1994) describió un síndrome de adaptación al abuso sexual infantil (CSAAS por su sigla en inglés) que consiste en varias dinámicas que pueden afectar la capacidad del niño para revelar el abuso. Estas dinámicas (secreto, impotencia, sentirse atrapados, y adaptación) pueden conducir a un revelación retrasada, poco convencida o retractación del hecho. En un estudio de niños con enfermedades de transmisión sexual, 43% no reconoció el contacto sexual cuando se le

entrevistó (Lawson & Chaffin, 1992), a pesar de que a la larga la mayoría de los niños reveló el abuso. Similarmente, Elliott y Briere (1994) encontraron que el 10% de los niños de una muestra forense en que había evidencia poderosa de abuso, estos lo negaron. Los estudios informan que entre 4% y 22% de los niños se retractan de cargos verdaderos de abuso sexual en algún momento (Elliott & Briere, 1994; Jones & McGraw, 1987; Sorensen & Snow, 1991). Se cree que los niños se retractan porque el abusador o miembros de la familia han ejercido presión sobre ellos, o porque el hecho de haber revelado el abuso ha tenido consecuencias negativas para ellos y para otros. Muchos niños informan tener temor de contar o se arrepienten de haber revelado el hecho debido a las consecuencias que tuvo (Sauzier, 1989). Casi todos los niños creen que lo correcto es revelar el abuso para evitar que siga ocurriendo y recibir ayuda (Berliner & Conte, 1995).

A pesar de que algunas veces no informan el abuso real cuando se les pregunta, se ha demostrado en muestras de niños y mujeres adultas en tratamiento que tienen más tendencia a revelar el abuso si se les pregunta directamente. Un estudio de niños atendidos en forma ambulatoria, mostró un marcado aumento en la tasa de denuncia de abuso sexual (de 6% a 31%) cuando se preguntaba al niño específicamente sobre una posible historia de abuso (Lanktree, Briere, & Zaidi, 1991). Similarmente, Briere y Zaidi (1989) encontraron que la tasa de historia de abuso sexual en mujeres adultas, pacientes del servicio de urgencia de psiquiatría, aumentaba de 6% a 70% después de que se instruyó a los clínicos que detectaran abuso sexual.

Efectos del abuso sexual

La investigación realizada en las últimas dos décadas indica que una amplia gama de problemas psicológicos e interpersonales tiene mayor prevalencia entre aquellas personas que han sido víctimas de abuso sexual que entre individuos que no ha tenido tales experiencias (Ej. Wolfe & Birt, 1995). Debido a que la mayoría de los estudios son retrospectivos, habitualmente no se puede establecer una relación causal definitiva entre tales dificultades y el abuso sexual. En un estudio prospectivo, longitudinal, de población general, sin embargo, Money-McCoy y Finkelhor (1996) encontraron que el abuso sexual se asociaba con estrés postraumático y depresión. Money-McCoy y Finkelhor indagaron para ver si existían síntomas anteriores y las relaciones padre-hijo. El agregado de hallazgos sistemáticos en esta literatura ha conducido a muchos investigadores y clínicos a concluir que el abuso sexual infantil es un factor de riesgo significativo de una variedad de problemas, tanto en el corto plazo (Ej. Beitchman, Zucker, Hood, da Costa, & Akman, 1991; Kendall-Tackett, Williams, & Finkelhor, 1993) como en el funcionamiento posterior como adultos (Ej. Beitchman et al., 1992; Fergusson, Horwood, & Kinskey, 1996; Mullen, Martin, Anderson & Romans, 1994).

Cuando el abuso sexual produce daño, el daño se puede atribuir al hecho de que el abuso sexual no es consensual, frecuentemente es inapropiado desde el punto de vista de la etapa de desarrollo, e invariablemente altera la naturaleza de la relación dentro de la cual ocurre. El abuso sexual puede ser doloroso, atemorizante, producir vergüenza y confusión y puede

llevar al niño a tener respuestas que interfieren con los procesos de desarrollo normales y aumentar el riesgo de desajustes posteriores en la vida adulta.

Efectos en los niños

Se ha acumulado un cuerpo de literatura empírica que describe específicamente los efectos del abuso sexual en las víctimas infantiles. A diferencia de estudios de adultos que se han realizado con muestras clínicas y no clínicas, con pocas excepciones, la información sobre niños se ha obtenido de muestras clínicas, prácticamente todas de las cuales tienen alguna relación con las autoridades de protección infantil o justicia criminal. Por lo tanto, lo que se analiza a continuación en relación con los efectos del abuso sexual en niños se basa principalmente en datos clínicos. Sin embargo, de acuerdo con los datos clínicos, los estudios de muestras no clínicas de adolescentes encuentran que las víctimas de abuso sexual informan tasas más altas de problemas emocionales y conductuales que sus pares no abusados (Money-McCoy & Finkelhor, 1995; Hibbard, Ingersoll, & Orr, 1990; Kilpatrick & Saunders, 1999).

Distrés y disfunción emocional. Como grupo, los niños víctimas de abuso sexual no siempre informan por sí mismos niveles significativos de distrés emocional. Sin embargo, la mayoría de los estudios encuentran que tienen más síntomas de depresión y más ansiedad o una autoestima más baja comparado con los niños no abusados (Boney-McCoy & Finkelhor, 1995; Gidycz & Coss, 1989; McLeer et al., 1998; Mannarino & Cohen, 1996a, 1996b; Stern, Lynch, Oates, O'Toole, & Cooney, 1995). En las pruebas de personalidad y medidas proyectivas (Stovall & Craig, 1990) se ha detectado trastorno emocional (Ej. Basta & Peterson, 1990; German, Habernicht, & Futch, 1990). Las medidas proyectivas pueden recoger aspectos del funcionamiento que los niños no pueden o no revelan sintomáticamente. Por ejemplo, los niños cuyos padres informaron que estaban internalizando angustia, sin embargo, ellos no informaban tener depresión, mostraron sintomatología depresiva en las respuestas del Test de Rorschach (Shapiro, Leiger, Martone & Kassem, 1990).

Los niños abusados sexualmente en entornos clínicos, comparados con cohortes clínicas no abusadas, tienden a tener diferentes tipos de problemas. Por ejemplo, se ha observado que hay más probabilidades de que se les diagnostique depresión y presenten conductas suicidas que sus pares no abusados (Lanktree et al., 1991), tienen una autoestima más baja (Cavaiola & Schiff, 1989; Wozencraft, Wagner, & Pellegrin, 1991), y tienen más síntomas de ansiedad (Koldo, Moser, & Weldy, 1988). Cuando se comparan niñas de familias disfuncionales que han sido abusadas sexualmente con niñas no abusadas de familias similares, las niñas abusadas tienen una autoestima más baja, más agresión internalizada, y tienen peores relaciones con sus madres (Hotte & Rafman, 1992).

Efectos Postrauma. Los síntomas específicos relacionados con el trauma son aquellos asociados con el diagnóstico de trastorno de estrés postraumático (TEPT) (American Psychiatric Association, 1994) e incluyen reexperimentación, evitación/insensibilización e hiperexcitación. Los niños abusados sexualmente sistemáticamente informan niveles más

altos de estos síntomas tanto en muestras clínicas como no clínicas (Boney-McCoy & Finkelhor, 1995; Briere, 1996a, 1996b; McLeer et al., 1998). Más de un tercio de los niños cumplen con los criterios diagnósticos de TEPT (Dubner & Motta, 1999; Kilpatrick & Saunders, 1999; Mc Leer et al., 1988; Ruggiero et al., 2000), y una mayoría presenta algunos de los síntomas (McLeer, Deblinger, Henry, & Orvaschel, 1992; McLeer et al., 1998; Wolfe, Gentile, & Wolfe, 1989).

Los niños que han sido víctimas de abuso sexual parecen tener más probabilidades que otros niños víctimas de maltrato de recibir el diagnóstico de TEPT (Deblinger, McLeer, Atkins, Ralphe, & Foa, 1989; Dubner & Motta, 1999).

Problemas Conductuales. Con respecto a los problemas conductuales de los niños, los padres de los niños abusados sexualmente informan que tienen más problemas conductuales que los niños no abusados, a pesar de que los problemas no siempre llegan a niveles clínicamente significativos (Ej. Gomes-Schwartz et al., 1990; Mannarino & Cohen, 1996^a, 1996b; Stern et al., 1995). La angustia materna y la falta de apoyo del niño parecen estar asociados con el informe de mayores niveles de problemas conductuales en los niños (Everson, Hunter, Runyan, Edelsohn, & Coulter, 1989; Wind & Silvern, 1992). Los adolescentes que han sido abusados sexualmente tienen más probabilidades que los no abusados de escapar de sus hogares, usar drogas y tener trastornos de bulimia (Hibbard et al., 1990); tener problemas con un profesor (Boney-McCoy & Finkelhor, 1995); y padecer trastornos por abuso de drogas (Kilpatrick & Saunders, 1999). Las madres adolescentes con una historia de abuso sexual tienen más probabilidades de abusar de sus hijos o que estos sean alejados de ellas por los servicios de protección infantil (Boyer & Fine, 1991).

Un efecto específico del abuso sexual es una conducta sexual exacerbada. Sistemáticamente se informa que las muestras de niños abusados sexualmente tienen más problemas sexuales que las muestras de niños no abusados (Ej. Friedrich et al., 2001; Mannarino & Cohen, 1996^a, 1996b). Además, la conducta sexual exacerbada parece estar más relacionada con abuso sexual, en niños abusados sexualmente que han tenido más conductas sexuales que los casos clínicos de niños abandonados, abusados físicamente, y que sufren trastornos psiquiátricos (Adams, McClellan, Douglass, McCurry & Storck, 1995; Cosentino, Meyer-Bahlburg, Aopert, Weinberg, & Gaines, 1995; Friedrich, Jaworske, Huxsahl, & Bengston, 1997; Kendall-Tackett et al., 1993). Los niños abusados sexualmente tienden a involucrarse más en conductas sexuales asociadas con actividades sexuales genitales, como imitar una relación sexual e insertar objetos en la vagina o el ano (Friedrich et al., 2001). En niños mayores, las niñas tienen más probabilidades de conductas hipersexuales, mientras que los niños con mayor frecuencia se involucran en exposición genital o coerción sexual, en comparación con los niños no abusados (Adams et al., 1995). Sin embargo, sólo un tercio de los niños abusados sexualmente exhiben problemas de conductas sexuales (Friedrich, 1993) y otras variables, incluidas desnudez familiar, exposición a actividad sexual, y factores estresantes familiares, y aumento de la conducta sexual, comparados con niños no abusados.

Consecuencias interpersonales. Los niños abusados sexualmente tienden a tener menos habilidades sociales que los niños no abusados (Mannarino & Cohen, 1996a, 1996b; Stern et al., 1995). Como grupo, se perciben diferentes de los demás y tienden a confiar menos en las personas de su entorno inmediato (Mannarino, Cohen, Berman, 1994). En medidas proyectivas, los niños abusados sexualmente muestran relaciones objetales más alteradas que los niños no abusados (Ornduff, Freeddenfeld, Kelsey, & Critelli, 1994; Stovall & Craig, 1990).

Dificultades y distorsiones cognitivas. El funcionamiento cognitivo puede verse afectado por las experiencias de abuso sexual. Einbender y Friedrich (1989) informaron mayor daño cognitivo en una muestra de niñas abusadas sexualmente, y Rust y Troupe (1991) encontraron que los niños abusados sexualmente tenían déficit en sus logros escolares.

Se han observado frecuentemente en la clínica atribuciones y percepciones negativas o distorsionadas, pero las tasas en las que ocurren estos síntomas no están bien documentadas. Contrariamente al conocimiento clínico común de que culparse a sí mismos es omnipresente, los estudios empíricos indican que la mayoría de los niños no se culpan a sí mismos por lo que sucedió sino que más bien sienten que sus abusadores son los responsables del hecho (Ej. Hunter, Goodwin, & Wilson, 1992). Existe evidencia de que los niños abusados sexualmente como grupo tienden a percibirse como diferentes de sus pares y culparse por eventos negativos y tienden a confiar menos en las relaciones interpersonales (Mannarino et al., 1994). La culpabilidad, culparse a sí mismos, la vergüenza y el estilo de atribucional negativo, cuando están presentes, se asocian con resultados más severos como se analiza a continuación.

Curso de los síntomas. Los pocos estudios disponibles que documentan los síntomas de los niños a lo largo del tiempo revelan un patrón general de mejoramiento en la mayoría de los niños (Ej., Kendall-Tackett et al., 1993). Sin embargo, en un estudio que hizo un seguimiento de niños durante 5 años después del abuso, no se observaron cambios significativos en la depresión, autoestima, o problemas de conducta; aproximadamente el mismo número de niños mejoraba y se deterioraba (Tebbutt, Swanston, Oates, & O'Toole, 1997). En general, entre el 10% y el 24% de los niños abusados sexualmente o no mejoran o empeoran (Berliner & Saunders, 1996; Kendall-Tackett et al., 1993). Gomes-Schwartz et al. (1990) encontraron que los niños abusados que inicialmente tenían menos síntomas presentaban más problemas a los 18 meses que los que inicialmente presentaban más síntomas. Friedrich y Reams (1987) observaron en una serie de estudios de caso que los síntomas tendían a variar a lo largo de tiempo en lugar de mejorar en forma lineal. En un estudio longitudinal de niños en una terapia enfocada en el abuso, Lanktree y Briere (1995) encontraron que los síntomas tendían a disminuir a tasas diferenciales. La ansiedad y la depresión desaparecían con relativa rapidez; la disociación, preocupaciones sexuales, y el estrés postraumático demoraban más antes de que los niños manifestaran una atenuación significativa. Estos datos sugieren que en muchos casos, incluso con intervención, muchos niños continúan presentando sintomatología importante.

Efectos en los adultos

El abuso sexual parece constituir un factor de riesgo importante para una diversidad de problemas en la vida adulta (Browne & Finkelhor, 1986; Finkelhor et al., 1990; Neumann, Houskamp, Pollock, & Briere, 1996; Polusny & Follette, 1996). Sin embargo, los efectos del abuso en la vida del adulto no son parejos. Algunos sobrevivientes informan no tener o tener muy pocos síntomas, mientras que otros viven la vida como abrumadora en muchos planos. De este último grupo, aquellos que buscan tratamiento con frecuencia presentan una variedad de dificultades y preocupaciones complejas (Ej. Briere, Woo, McRae, Foltz, & Sitzman, 1997; Gladstone, Parker, Wilhelm, Mitchell, & Austin, 1999; Lombardo & Pohl, 1997). Sean menores o severos, los síntomas evidenciados por los sobrevivientes adultos son una extensión de los detectados en los niños.

A pesar de que la mayoría de los estudios encuentra una relación entre el abuso sexual infantil y los problemas psicológicos de la adultez, un metaanálisis reciente de la literatura (Rind, Tromovitch, & Bauserman, 1998) concluyó que, entre los estudiantes universitarios, esta relación era muy pequeña o inexistente y podría ser explicada por otras disfunciones familiares no específicas. Los autores sugieren además que el término *abuso sexual infantil* debería denominarse “sexo entre un adulto y un niño” (p. 45) para eliminar la carga valórica negativa de la palabra *abuso*. Entre las diversas críticas de este artículo están las siguientes: (a) es una generalización de estudiantes universitarios (relativamente funcionales) a todos los supervivientes de abuso sexual, (b) el uso de procedimientos estadísticos que han sido criticados por otros como especialmente conservadores para identificar los efectos potenciales del abuso (Ej., Briere & Elliott, 1993), y (c) La minimización por parte de Rind et al. (1998) de la magnitud del efecto del abuso que son equivalentes a la relación que se encuentra entre el fumar y el desarrollo de cáncer pulmonar (Ondersma, Chaffin, & Berliner, 1999). Lo que Rind et al. no enfatizan apropiadamente es la compleja relación entre la dinámica de la familia disfuncional y el abuso sexual infantil, de tal forma que es más probable que ocurra abuso en -, potencialmente afectar el desarrollo de- familias alteradas.

La investigación de los efectos de largo plazo del abuso sexual ha tendido a centrarse en las secuelas en las mujeres. Los estudios que incluyen a hombres sugieren que el abuso sexual tiene efectos duraderos en la adaptación del adulto en ambos géneros, a pesar de que un número de estudios encuentra efectos más graves en mujeres (Ej. Neumann et al., 1996; Rind et al., 1998). Algunas de estas diferencias de sexo pueden reflejar la tendencia de los hombres a enfrentar su abuso negándolo o externalizando su angustia (Ej., mayor rabio y agresión hacia terceros) y la tendencia de las mujeres a expresar su angustia más directamente y a utilizar mayor internalización para enfrentar el hecho (Ej. M.P. Mendel, 1995; S. Mendel, 1995; Rosen & Marin, 1998).

Distrés Emocional. Al igual que con los niños abusados sexualmente, los sobrevivientes adultos informan más disforia que sus pares no abusados. La depresión es el síntoma más informado y ha sido documentada en una variedad de muestras clínicas y no clínicas (Briere & Runtz, 1993; Browne & Finkelhor, 1986; Polusny & Follette, 1996).

Las víctimas de abuso sexual pueden tener un riesgo casi cuatro veces mayor de sufrir depresión en sus vidas que los individuos que no tienen una historia de abuso sexual (Stein, Holding, Siegel, Burnam, & Sorensen, 1988). Se piensa que la omnipresencia de la depresión entre algunos sobrevivientes sea el efecto acumulativo de la traición crónica, la incapacitación, sentimientos de culpa e impotencia, y la baja autoestima (Finkelhor & Browne, 1985; Peters, 1988). Por consiguiente, no debería llamar la atención que el mayor número de conductas suicidas hayan sido asociadas con el abuso sexual. En dos estudios de pacientes ambulatorios, por ejemplo, los pacientes con historia de abuso tenían el doble de probabilidades de presentar intentos de suicidio que sus pares no abusados (Briere & Runtz, 1987; Briere & Zaidi, 1989). En una muestra de una comunidad, aproximadamente el 16% de los sobrevivientes habían intentado suicidarse, mientras que menos del 6% de sus cohortes no abusados lo habían intentado (Saunders, Villeponteaux, Lipovsky, Kipatrick, & Veronen, 1992). Un número de otros estudios han demostrado relaciones significativas entre abuso sexual infantil y depresión o características depresivas (Ej. Levitan, Parikh, Lesage, Hegadoren, & Adams, 1998; Weiss, Longhurst, & Mazure, 1999).

La ansiedad es una secuela bien documentada del abuso sexual (Gold, Lucenko, Elia, Swingle, & Sellers, 1999; Lombardo & Pohl, 1997). En la población general, los sobrevivientes tienen más probabilidades que los individuos no abusados de cumplir con los criterios de trastorno de ansiedad generalizada, fobias, trastornos de pánico, o trastorno obsesivo compulsivo, las víctimas de abuso sexual presentando una probabilidad 5 veces mayor de ser diagnosticados al menos uno de estos trastornos de ansiedad que sus pares no abusados (Saunders et al., 1992; Stein et al., 1988). Los adultos con historias de abuso sexual infantil pueden manifestar su ansiedad en múltiples planos: (a) cognitivamente (Ej. a través de una preocupación excesiva sobre e hipervigilancia al peligro) (Briere, 2000b; Jehu, 1988; Benninger & Ehlers, 1998), (b) con respuestas condicionadas clásicamente (Ej. disfunción sexual) (Jarvis & Copeland, 1997; McCabe & Cobain, 1998), y (c) somáticamente, como una extensión natural del sistema nervioso simpático de hiperexcitabilidad (Ej. dolores de cabeza, problemas gastrointestinales, dolor de espalda y pelvis, y tensión muscular) (Maynes & Feinauer, 1994; Salmon & Calderbank, 1996; Springs & Friedrich; 1992).

Además de la ansiedad y la depresión crónicas, las víctimas de abuso sexual con frecuencia manifiestan sentir mucha rabia. Frecuentemente informan irritabilidad crónica, sentimientos inesperados de ira, y temor a su propia rabia (Briere & Runtz, 1987; Lisak, 1993; Scout & Day, 1996). Tales sentimientos se pueden expresar internamente a través de la autculpa y la autodestrucción (Briere & Gil, 1998) o externamente, con el resultado de perpetración de violencia en contra de terceros (Duncan & Williams, 1998). La rabia que experimentan algunos sobrevivientes se puede intensificar cuando son estimulados por acontecimientos interpersonales que recuerdan el escenario original del abuso.

Efectos postrauma. El distrés psicológico que ocurre como reacción al evento traumático con frecuencia se manifiesta a través de (a) pesadillas, recuerdos del pasado, y pensamientos intrusivos de abuso, (b) evitación e insensibilización; y (c) hiperestimulación

autonómica. El abuso sexual infantil ha demostrado producir TEPT en hasta 36% de los adultos sobrevivientes, dependiendo de si estaban en muestras clínicas o no clínicas (Rodríguez, Ryan, Van de Kemp, & Foy, 1997; Saunders et al., 1992; Saunders et al., 1999). Las tasas de TEPT para los sobrevivientes de abuso sexual infantil parecen aumentar cuando el abuso involucró fuerza o violencia, cuando incluyó penetración, y cuando involucró incidentes múltiples de abuso a lo largo del tiempo (Briggs & Joyce, 1997; Rowan & Foy, 1994; Saunders et al., 1992). A pesar de que muchos sobrevivientes adultos no cumplen con los criterios de TEPT establecidos por DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994), la experiencia de síntomas intrusivos y de evitación asociados con el TEPT es habitual (Elliott & Briere, 1994). Revivir la experiencia original de abuso (mediante recuerdos, pensamientos intrusivos o pesadillas) con frecuencia no es percibido como bajo el control del adulto sobreviviente y tiende a reforzar el sentimiento de impotencia y victimización de la experiencia original.

Junto con el TEPT, la disociación parece ser una respuesta común ante eventos altamente traumáticos y se observa con frecuencia en los sobrevivientes adultos de abuso sexual (Chu & Hill, 1990; Elliott & Briere, 1992; Sanarini, Roser, Frankenburg, Hennen, & Gunderson, 2000). Sin embargo, esta relación es compleja y también puede incluir efectos de abuso físico (Mulder, Beautrais, Joyce, & Fergusson, 1998). Se cree que la disociación es la defensa de la psiquis en contra de la conciencia completa de los pensamientos, sentimientos y conductas relacionados con el abuso (Kluft, 1985; Putnam, 1990). En el caso de víctimas de casos especialmente severos de abuso, el trauma puede ser abrumador, haciendo difícil que el sobreviviente se integre completamente a los eventos cognitivamente y, por consiguiente, refuerza un mecanismo que reduce la conciencia total del trauma. La capacidad de la víctima para disociar los pensamientos, afectos y memorias específicos del abuso permite la reducción de los impactos agudos y continuos de victimización cambiando la naturaleza o la magnitud del dolor relacionado con el abuso (Shengold, 1989).

Junto con la insensibilización de la psiquis, la despersonalización, y la desconexión, la disociación puede adoptar la forma de amnesia sobre el abuso. De acuerdo con *DSM-IV* (American Psychiatric Association, 1994), la amnesia se refiere a un trastorno de la memoria “caracterizado por la incapacidad de recordar información personal importante, generalmente de naturaleza traumática o estresante, que es demasiado extensa para ser explicada como un olvido ordinario” (p. 478). La investigación reciente sugiere que una proporción substancial de los sobrevivientes de abuso sexual infantil informan la pérdida parcial o completa de la memoria relacionada con su experiencia de abuso (Elliott & Briere, 1995; Herman & Harvey, 1997; Williams, 1994). Sin embargo, no toda la pérdida de la memoria se debe necesariamente a la disociación (Berliner & Briere, 1999; Lindsay & Briere, 1997). Parece que las memorias incompletas o ausentes relacionadas con el abuso pueden estar relacionadas con el maltrato que comenzó a una edad particularmente temprana, fue de larga duración, o fue crónico y de naturaleza violenta (Briere & Conte, 1993; Herman & Schatzow, 1987). Las memorias incompletas sobre el abuso también pueden tener relación con un abuso anterior por parte de un miembro de la familia (Williams, 1994).

La disociación de las memorias pueden aumentar superficialmente el nivel de funcionamiento conductual y psicológico de la víctima insensibilizando o fraccionando los afectos y recuerdos relacionados con el abuso (Putnam, 1990; Van der Kilk & Cádiz, 1987) y así puede ser una defensa valiosa en la presencia de trauma agudo. Sin embargo, la disociación también puede tener consecuencias negativas en el largo plazo para el funcionamiento adaptativo posterior en la vida y a la larga puede disminuir la capacidad de autocuidado e interferir con los procesos cognitivos adaptativos (Briere, 1996a, 1996b, 1996c). Entre los sobrevivientes de abuso sexual infantil, por ejemplo, el uso de estrategias de evitación y supresión como forma de enfrentar el abuso se han asociado con una adaptación psicológica inferior en el adulto (Leitenberg, Greenwald, & Cado, 1992).

Distorsiones Cognitivas. Durante la niñez, se crean modelos internos para supuestos adultos sobre sí mismo, otros y la seguridad del medio (Cole & Putnam, 1992). Los sobrevivientes de abuso sexual infantil con frecuencia se crían en medios intrusivos y violentos. Consecuentemente, las cogniciones relacionadas con abuso son comunes y reflejan culpabilidad, baja autoestima, atributos negativos sobre sí mismo, no creer en su eficacia, y una percepción de sí mismo de impotencia y que la vida es peligros y sin esperanza (Gold, 1986; Jehu, 1988). Se cree que tal trastorno cognitivo surge de la estigmatización asociada con respuestas ante el abuso y la internalización por parte de la víctima de los supuestos sobre sí mismo, el abusador y la sociedad como un todo (Finkelhor & Browne, 1985).

Los escritores clínicos han destacado la necesidad de la víctima de racionalizar su abuso para apoyar el desarrollo de distorsiones cognitivas (Briere, 1996a, 1996b). El niño que es abusado por una persona que lo cuida puede ser considerado como que fue forzado a una “dicotomía de abuso” al intentar comprender la conducta del autor: “Esa persona es mala o yo soy malo”. Debido al nivel de desarrollo del niño y su aceptación de los mensajes sociales con respecto de las interacciones padre-hijo (Ej. el cuidador necesariamente tiene la razón), los niños pueden suponer que el acto abusivo es un castigo justificable por alguna mala conducta. Esta conclusión lógicamente conduce a otra: “El daño que he sufrido debe ser por mi culpa y, por lo tanto, concluye “Soy tan malo como lo malo que se me ha hecho” (Briere, 1989, p. 88). Como consecuencia, el sobreviviente puede internalizar un sentimiento de culpabilidad y de maldad inherente que dura hasta la adultez.

Distrés Emocional Externalizado. El abuso infantil puede producir un desafío permanente al desarrollo y a la implementación de mecanismos para enfrentar las situaciones debido al nivel de hipersensibilidad, dolor emocional, reestimulación de memorias de abuso experimentadas por muchos sobrevivientes. Por consiguiente, se refuerza cualquier actividad externa que reduzca con éxito esta tensión interna (Ej. mediante distracción, auto alivio, o anestesia). Estas actividades incluyen actividades automutilantes, como cortes, quemaduras, o golpes a sí mismo o incluso sacarse pelos (Briere & Bill, 1998; Van der Kolk, Perry, & Herman, 1991; Walsh & Rosen, 1988); recurriendo a la actividad sexual durante momentos de efectos intensamente negativos relacionados con el abuso (Becker, Rankin, & Rickel, 1998; Briere, 1996a, 1996b, 1996c); exagerando y purgando para enfrentar los sentimientos de vacío (Piran, Tener, Garfinkel, Kennedy, & Brouillette, 1988;

Steiger & Zanko, 1990); y abusando de alcohol o drogas (Briere et al., 1997; Epstein, Saunders, Kilpatrick, & Resnick, 1998).

Estos patrones, aun cuando sean problemas potenciales para los miembros de la familia o los terapeutas, con frecuencia son un intento de la víctima para reducir el dolor abrumador y reestablecer un sentimiento de equilibrio interno. Estos patrones son activados frecuentemente cuando sentimientos de rabia, ansiedad, culpa, intrusión, aislamiento, o tristeza abrumen los recursos internos de la persona. Después de involucrarse en conductas que alivian la tensión, las víctimas frecuentemente manifiestan un sentimiento inicial de escape, placer, relajación o alivio. Sin embargo, ello puede ser seguido de un sentimiento aumentado de culpa o de auto-desprecio y puede desencadenar una repetición de la conducta para aliviar la tensión (Briere, 1996a, 1996b, 1996c).

Dificultades interpersonales. Dada la angustia, la tendencia hacia las creencias distorsionadas sobre sí mismo y de terceros, la intrusión y la desestabilización asociadas con el estrés postraumático, y los esfuerzos frecuentemente desadaptativos para enfrentar las dificultades experimentadas por muchas víctimas, los problemas interpersonales en la adultez son una secuela predecible del abuso sexual infantil. Debido a que la victimización habitualmente ocurre en el contexto de las relaciones humanas, el abuso sexual puede causar una interrupción en el proceso normal de aprender a confiar, actuar en forma autónoma, y formar relaciones estables y seguras (Courtois, 1998; Elliott, 1994). Más aún, la violación y la traición de los límites en el contexto de desarrollar intimidad pueden crear ambivalencia interpersonal en muchos sobrevivientes adultos.

Como adultos, las mujeres sobrevivientes informan sentir más temor de hombres y mujeres (Ej. Briere & Runtz, 1987). Las mujeres tienen más probabilidades de quedarse solteras, y si se casan, tienen más probabilidades de separarse o divorciarse de sus maridos que una mujer que no ha sufrido abuso (Ej. Russel 1986). Informan tener menos amigas (Gold, 1986), sentirse menos satisfechas de las relaciones, mayor incomodidad y sensibilidad, y más patrones interpersonales desadaptativos (Bartoi & Zinder, 1998; DiLillo & Long, 1999; Elliott, 1994).

De las secuelas interpersonales, tal vez la queja más común de las víctimas de abuso sexual infantil es en el plano sexual. Esta puede adoptar la forma de disfunción sexual (Sarwer & Durlak, 1996), preocupación sexual (Black & DeBlassie, 1993), fantasías de contacto sexual forzado (Gold, 1991), o relaciones románticas o sexuales breves, múltiples, inseguras o superficiales (Bartoi & Zinder, 1998; Bensley, Eenwyk, & Simmons, 2000, Johnsen & Harlow, 1996). Algunas mujeres se sienten víctimas nuevamente en su vida adulta (Messman & Long, 1996; Sorensen, Siegel, Holding, & Stein, 1991).

Factores de mediación

A pesar de que la literatura resumida anteriormente es relativamente unánime con respecto a los impactos psicológicos potencialmente negativos del abuso sexual infantil, tal victimización no necesariamente tiene un impacto masivo inevitable en las víctimas. Un

examen cuidadoso de los datos sugiere que a pesar de que los niños y adultos sobrevivientes tienden, como grupos, a tener más problemas que sus pares no abusados, no hay un impacto universal o parejo del abuso sexual y no se puede garantizar que cualquier niño dado desarrollará respuestas postraumáticas ante el abuso sexual que sean evidentes en la niñez o adultez. En una revisión de estudios empíricos, hasta el 40% de los niños abusados sexualmente aparentemente no manifestaba ninguno de los problemas esperados relacionados con el abuso (Kendall-Tackett et al., 1993). En parte, esto refleja el hecho de que el término *abuso sexual* comprende una gama de conductas abusivas de intensidad y duración variables. Los niños que experimentan uno o algunos incidentes de abuso sexual menos graves cometidos por una persona que no es importante en sus vidas, quien lo comunica a un padre apoyador, quien toma medidas de protección, puede tener sólo un efecto menor y transitorio de angustia en el niño. La ausencia de daño significativo en el largo plazo no se debe tomar como evidencia de que el abuso sexual fue inocuo, ni la ausencia de síntomas debiera influir sobre las respuestas sociales o legales ante el delito (Ondersma et al., en imprenta).

Muchos estudios han examinado las características demográficas del abuso como predictores de angustia en niños y han informado hallazgos incoherentes sorprendentes. Los niños más grandes tienden a informar angustia más internalizada, mientras que los padres informan problemas de conductas sexuales y no sexuales en niños más pequeños (Ej. Ruggiero et al., 2000; Tebbutt et al., 1997; Wolfe, Sas, / Wekerle, 1944). Los niños parecen tener más problemas de externalización que las niñas (Colmes & Slip, 1998). Estos resultados pueden ser un mecanismo de la etapa de desarrollo y la forma de expresar la angustia. Un abuso más grave, que involucre penetración, de duración más prolongada o mayor frecuencia, una relación más cercana con el abusador, o el uso de fuerza, algunas veces, pero no siempre, tiene relación con el resultado (Ruggiero et al., 2000; Stern et al., 1995; Wolfe et al., 1994). Las relaciones entre estas variables y el resultado parecen ser más complejas; características diferentes se asocian con resultados diferentes, y algunas características tienden a correlacionarse entre sí (Ej. duración más larga con un abusador más cercano). Por ejemplo, Spaccarelli (1995) encontró que la gravedad del abuso (según lo indicado por el tipo de acto sexual y relación con el abusador) se asociaba con depresión pero no ansiedad, agresión, o problemas sociales, mientras que el estrés causado por el abuso (nivel de intimidación, reacción familiar negativa después del abuso y reacciones familiares de falta de apoyo) se correlacionaron sólo con agresión.

El estilo atribucional y la evaluación cognitiva se consideran entre los factores más importantes en el desarrollo de problemas en niños víctimas de abuso sexual (Celano, 1992; Dalenberg & Jacobs, 1994; Fiering, Taska, & Lewis, 1996; Spaccarelli, 1994). De acuerdo con la evidencia de que los niños mayores son más afectados, los niveles más altos de funcionamiento cognitivo también se relacionan con mayor angustia (Shapiro, Leifer, Martone, & Kassem, 1992). Esto se puede deber a que los niños mayores o aquellos con un funcionamiento cognitivo más sofisticado tienen más probabilidades de centrarse en las consecuencias de haber sido víctimas de abuso. Al menos tres tipos de atribuciones son importantes para el resultado del abuso: estilo atribucional general, atribuciones relacionadas con el abuso, y atribuciones específicas del abuso.

Un estilo atribucional general negativo se asocia con peores resultados (Kress & Vandenberg, 1998; Mannarino & Cohen, 1996a, 1996b; Wolfe et al., 1989), como lo son las evaluaciones negativas de la experiencia de abuso (Spaccarelli & Fuchs, 1997). Al igual que con los niños no abusados, las atribuciones negativas se correlacionan principalmente con la angustia internalizada. Las percepciones alteradas de sí mismo y de los demás relacionadas con abuso pero no específicas del abuso también son predictoras de mayor angustia. Las niñas abusadas sexualmente con niveles más altos de vergüenza tienen más depresión y síntomas de estrés postraumático, como también, una más baja autoestima (Fiering, Taska, & Lewis, 1998). Mannarino y Cohen (1996a, 1996b) encontraron que las niñas abusadas sexualmente se sentían diferentes de sus pares, se percibían menos creíbles que las otras, y tenían menos confianza interpersonal, lo que se correlacionaba a lo largo del tiempo con un mayor nivel de angustia. Estas relaciones no se encontraron en los controles normales para quienes el estilo atribucional general era un predictor más importante. Las atribuciones específicas del abuso o la culpabilidad se han asociado con depresión, baja autoestima, y ansiedad (Fiering et al., 1998; Manion et al., 1998; Morrow, 1991; Wolfe et al., 1989). La culpa, cuando se analiza separadamente, tiene una relación diferente con los síntomas de TEPT; la culpabilidad se relaciona positivamente con síntomas de TEPT, mientras que autoculparse tiene una correlación negativa (Wolfe et al., 1994).

El estilo para enfrentar las situaciones es otra variable importante para explicar los resultados diferentes (Spaccarelli, 1994). Las víctimas que enfrentan la situación a través de ilusiones vanas y reducción de tensión tienen una sintomatología más internalizada (Johnson & Kenkel, 1991). La evasión cognitiva se asocia con la depresión y la ansiedad (Spaccarelli & Fuchs, 1997). Por otra parte, el control de la agresión se correlaciona con problemas de agresión y sociales (Spaccarelli & Fuchs, 1997). Un estilo de enfrentar situaciones de rabia se asocia con más problemas de conducta (Chaffin, Wherry, & Dykman, 1997). Estos resultados sugieren que las respuestas de internalizar o externalizar que están sobredeterminadas pueden llevar a resultados de mala adaptación.

La disfunción familiar no sólo puede aumentar la probabilidad de abuso sexual intrafamiliar sino que también puede exacerbar los efectos del abuso si éste ocurre (Alexander, 1992; Courtois, 1988). Las familias de niños víctimas de abuso sexual con frecuencia tienen múltiples problemas adicionales, incluidos el divorcio de los padres, violencia, problemas psiquiátricos, y abuso de drogas (Elliott & Briere, 1994; Finkelhor & Baron, 1986a, 1986b). Las familias de niños abusados sexualmente tienen un funcionamiento más complicado que las de los controles no abusados (Mannarino & Cohen, 1997; Stern et al., 1995). Los niños abusados se sienten más angustiados si sus familias son disfuncionales (Conte & Scuerman, 1987; Faust, Runyon, & Kenny, 1995; Friedrich, Beilke, & Urquiza, 1987; Mannarino & Cohen 1996^a, 1996b; Tebbutt et al., 1997; Wind & Sivern, 1992). El hecho de que la madre crea al niño cuando éste le informa del abuso y le proporcione apoyo tiene un impacto significativo en el funcionamiento posterior. La mayoría de los padres creen a sus hijos y algunos toman medidas de protección (Conte & Schuerman, 1987; Elliot & Briere, 1994; Gomex-Schawartz et al., 1990). La investigación sugiere que niveles más altos de

apoyo materno (Everson et al., 1989; Gomes-Schwartz et al., 1990; Leifer, Shapiro & Kassem, 1993; Runyan, Hunter & Everson 1992; Spaccarelli & Fuchs, 1997) o la disponibilidad de relaciones de apoyo con otro adulto (Conte & Schuerman, 1987) se asocian con menor angustia psicológica y problemas de conducta.

En general, mientras más cercana la relación del abusador con la madre, mayores las probabilidades de que haya falta de apoyo. El mayor riesgo del fracaso en brindar apoyo al niño se observa cuando el abusador es el padrastro o la pareja de la madre que vive en el hogar (Elliot & Briere, 1994; Gomes-Schwartz et al., 1990). En casos de incesto, es más probable que la madre crea al niño si éste es más pequeño y no ha sido abusado físicamente y cuando el abusador no tiene una historia de abuso de alcohol (Sirles & Franke, 1989). Similarmente, en casos combinados de incesto y no incesto, la falta de apoyo materno fue pronosticada por el abuso físico o el descuido de la víctima, abuso del esposo, y abuso de drogas de la persona que cuida al niño (Elliott & Briere, 1994).

La falta de apoyo materno también se asocia con el impacto de la intervención. La variable más importante que predice la colocación fuera del hogar es si la madre cree y apoya al niño (Hunter, Couter, Runyan, & Everson, 1990). Los niños que no tienen apoyo materno tienen más probabilidades de retractarse de su acusación original de abuso o de rehusar a denunciarla, incluso cuando existe evidencia clara del abuso (Elliott & Briere, 1994; Lawson & Chaffin, 1992). Finalmente, el apoyo materno se relaciona con el impacto del testimonio de la corte criminal sobre el niño abusado (Goodman et al., 1992; Whitcomb et al., 1991).

Las diversas actividades asociadas con la intervención profesional pueden afectar el nivel de angustia psicológica. El hallazgo más habitual es que múltiples entrevistas de investigación parecen aumentar los síntomas (Berliner & Conte, 1995; Henry, 1997). La sintomatología aumentada observada en niños que son llevados a custodia de protección puede ser secundaria a la falta de apoyo por parte de la persona que los cuida, lo que ocasionó la colocación (Runyan, Everson, Edelsohn, Hunter, & Coulter, 1988). No se ha observado que testificar en un tribunal juvenil aumente la angustia de las víctimas infantiles (Runyan et al., 1988). Un pequeño número de estudios indican que el testimonio en un tribunal criminal se asocia con mayor angustia sólo cuando ocurre más de una vez o cuando se le somete a un contra interrogatorio prolongado y duro (Goodman et al., 1992; Whitcomb et al., 1991). En estudios no se observó que el hecho de testificar tuviera algún impacto en la angustia psicológica del niño que pudiera afectar el resultado del caso o si el niño recibió tratamiento psicológico. A los niños que se les prepara para enfrentar el estrés o para enfrentar cualquier otra intervención en el tribunal tienen menor angustia asociada con la testificación (Sas, 1991). Actualmente no hay ninguna evidencia sobre el daño de largo plazo asociado con testificar en un tribunal criminal en sí (Quas, Redlich, Goodman, Ghetti, & Alexander, 1999).

Aspectos del tratamiento

Evaluación Clínica

Los niños que han sido víctimas de abuso sexual pueden mostrar una psicopatología relacionada específicamente con el abuso o una psicopatología general. El trastorno que se observa con mayor frecuencia es el TEPT, y los problemas de conducta más específicos son conductas sexuales. Estos hallazgos sugieren que para captar el impacto de experiencias de abuso, es especialmente importante usar medidas de evaluación específicas para el abuso. Existen en el comercio varias listas de verificación estandarizadas que la víctima puede responder para evaluar los síntomas de trauma en niños y adultos (Briere, 1997). También existen listas de verificación para que respondan los padres en relación con las conductas sexuales (Friedrich, 1997) y síntomas de trauma en los niños (Briere, 1997). La evaluación del estilo atribucional, de las atribuciones específicas relacionadas con el abuso y específicas del abuso, y de los estilos para enfrentar situaciones es clínicamente importante porque estas variables se asocian con el resultado y potencialmente pueden ser alteradas con el tratamiento. Las medidas específicas del abuso como el nivel de apoyo y la angustia materna, como aspectos más generales del funcionamiento familiar, tienen un impacto directo sobre el funcionamiento del niño y puede ser necesario que sean el centro de la intervención clínica.

Tratamiento de los niños

Los enfoques de tratamiento de los niños que han sido abusados sexualmente se han descrito extensamente en la literatura clínica (Ej. Friedrich, 1992, 1995; Gil, 1991, James 1989). También hay un cúmulo de evaluaciones empíricas de evaluaciones de intervenciones de niños abusados sexualmente y traumatizados. Las revisiones de la literatura existente sobre el resultado de los tratamientos ofrecen evidencia sustancial de que el tratamiento conductual cognitivo específico para el abuso (TCC) es eficaz para las reacciones del estrés postraumático (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP), 1998; Cohen, Berliner, & Mannarino, 2000; Cohen, Berliner, & March, 2000; Finkelhor & Berliner, 1995; Saywitz, Mannarino, Berliner, & Cohen, 2000).

El TCC consiste en intervenciones basadas en los principios del TCC que han demostrado ser eficaces para una variedad de cuadros clínicos. Se aplican modificaciones del tratamiento estándar para ansiedad, depresión, y problemas conductuales a las reacciones típicas de abuso. La importancia de apuntar a las percepciones y atribuciones relacionadas con el abuso se deriva de los estudios que demuestran que son predictores importantes del curso que tendrán los síntomas y del resultado del tratamiento, especialmente en niños en edad escolar (Cohen & Mannarino, 2000; Mannarino & Cohen, 1996^a, 1996b).

Los componentes del tratamiento incluyen (a) psicoeducación, (b) manejo de la ansiedad, (c) exposición, y (d) terapia cognitiva (Cohen, Berliner, & Mannarino, 2000). La psicoeducación consiste en proporcionar información sobre la naturaleza del abuso sexual y

los abusadores, como también de los principios del TCC y su aplicación en el tratamiento. El manejo de la ansiedad consiste en enseñar al niño a identificar los estados emocionales y cómo usar varias estrategias de relajación, emocionales y cognitivas para reducir el temor y las respuestas de ansiedad frente a los recuerdos del abuso. La exposición gradual mediante la conversación, dibujar, o escribir sobre la experiencia del abuso se diseña para descondicionar las asociaciones emocionales negativas automáticas y reducir la evasión desadaptativa. Las técnicas de terapia cognitiva se usan para desafiar y reemplazar las distorsiones cognitivas sobre el evento o las atribuciones negativas generalizadas sobre sí mismo y los demás. El objetivo de la terapia es ayudar a los niños a procesar emocional y cognitivamente con éxito la experiencia del abuso.

La mayoría de los estudios más rigurosos han incluido a los padres en el protocolo de tratamiento (Ej., Celano, Hazzard, Webb, & McCall, 1996; Cohen & Mannarino, 1998; Deblinger, Lippman, & Steer, 1996), a pesar de que King et al. (2001) no informaron ningún valor adicional al TCC de los padres. El tratamiento de los padres habitualmente contiene elementos centrados en el abuso similar al tratamiento de los niños, con componentes adicionales diseñados para reducir la angustia de los padres y enseñarles estrategias de manejo de conductas. La participación de los padres en el TCC parece ser especialmente importante para reducir los problemas de conducta y mejorar el apoyo de los padres y las percepciones de los impactos en sus hijos. Por ejemplo, un estudio comparó los resultados si se trataba sólo a los hijos y a los padres y a los hijos (Deblinger et al., 1996). A pesar de que los síntomas de TEPT de los niños mostraban más mejoría cuando eran los receptores directos del tratamiento, su depresión y problemas conductuales disminuían más cuando los padres también recibían tratamiento.

Otros enfoques fuera del TCC deben ser evaluados experimentalmente, aún cuando es posible que también sean eficaces para el tratamiento de los niños víctimas de abuso sexual. Además, muchos niños presentan una variedad de problemas que van más allá de las reacciones postraumáticas que también deben ser tratados. Los niños pueden tener trastornos más globales en la regulación de los afectos, estilo de apego, y sentimiento de sí mismo. Un enfoque ecléctico, integrado como el desarrollado por Friedrich (ver Capítulo 8, de este libro) puede ser más apropiado en algunos casos o cuando el TCC no produce una mejoría suficiente. Debido a que muchos niños que han sufrido abuso sexual han vivido otras experiencias adversas y sufren trastornos de morbilidad concomitante, en esos casos, el tratamiento no se debe centrar exclusivamente en el abuso sexual y se deberán incorporar al régimen de tratamiento otros tratamientos conocidos eficaces para esos cuadros. En ensayos aleatorios, el TCC sistemáticamente tiene mejores resultados que la terapia de apoyo no específica.

Pareciera claro que la participación en el tratamiento no siempre produce una mejoría. En un estudio longitudinal, por ejemplo, a pesar del hecho de que la mayoría de los niños fueron tratados, 5 años después se observaron pocos cambios en los síntomas, y el haber recibido tratamiento no se asoció con el estado de los niños (Tebbutt et al., 1997).

La modalidad de tratamiento no parece ser un factor importante. Al principio, la terapia grupal fue considerada el enfoque preferido porque ofrecía a los niños la oportunidad de reducir la estigmatización. Los pocos estudios que han comparado la terapia grupal con la individual o familiar no han detectado ventajas de la terapia grupal (Ej. Hyde, Bentovim, & Monck, 1995), y los enfoques de terapia individual han demostrado ser eficaces. Esto no significa que se deba abandonar la terapia grupal, sino solamente que no debe ser considerada necesaria o mejor.

Los tratamientos farmacológicos se están usando cada vez más en niños abusados sexualmente y con otros tipos de traumas, pero su eficacia no ha sido demostrada (AACAP, 1998). Un número de ensayos de etiqueta abierta con antidepresivos y agentes alfa-adrenérgicos y beta-bloqueadores sugiere que estos medicamentos pueden ser beneficiosos (Ej. Famularo, Kinscherff, & Fenton, 1988). Sin embargo, no hay ensayos con controles con placebo de los medicamentos realizados en niños víctimas de abuso sexual. No se recomiendan los medicamentos como tratamiento primario (AACAP, 1998), a pesar de que pueden ser útiles en conjunto con intervenciones psicosociales bajo condiciones de estricto control. Existen recomendaciones sobre la toma de decisión con respecto a la medicación (Donnelly, Amaya-Jackson, & March, 1999).

Todavía hay preguntas por responder sobre si los niños necesitan tratamiento o si el TCC es suficiente para aquellos que presentan sintomatología clínica significativa. Debido a que muchos niños presentan síntomas postraumáticos escasos o moderados, es posible que no sea necesarios someterlos a un tratamiento completo, aun cuando la mayoría de los tratamientos probados son relativamente breves (10-16 sesiones). Es posible que algunos niños se beneficien de algunas sesiones que incluyan psicoeducación, estrategias para enfrentar la situación, y una guía anticipatoria para reconocer y responder a los problemas en el futuro (Saywitz et al., 2000). Por supuesto, una evaluación prolija que detecte los factores de riesgo conocidos que se asocian con resultados más graves y que considere la posibilidad de que los niños estén sufriendo conductas desadaptativas de evasión deberá preceder a las decisiones de no realizar un tratamiento completo.

En el otro extremo del espectro, están los niños que tienen múltiples problemas, algunos o todos de los cuales pueden no estar relacionados con el abuso sexual. Muchos niños víctimas de abuso sexual tiene cuadros de morbilidad concomitante, incluidos trastornos de ansiedad, déficit de atención, trastorno de hiperactividad, y problemas de conducta disruptiva. El abuso sexual puede ocurrir en forma concomitante con otras formas de violencia, abuso, y cuadros psiquiátricos de los padres. Los niños abusados pueden tener problemas de apego. Todas estas condiciones pueden necesitar ser el centro de tratamiento.

Aspectos de tratamiento en adultos

Debido a la compleja gama de síntomas que presentan muchos adultos que han sufrido abuso sexual de niños, el diagnóstico y el tratamiento de tales individuos necesita poner gran atención a una serie de problemas (ver Capítulo 10 de este libro). Las víctimas de abuso sexual pueden cumplir los criterios diagnósticos de varias formas diferentes de

trastornos psicológicos, incluidos diversos trastornos afectivos, disociativos y de somatización, estrés postraumático; y abuso de drogas o adicción (Pribor & Dinwiddle, 1992; Saunders et al., 1992; Stein et al., 1988). Como consecuencia de esta complejidad, los clínicos corren el riesgo de sobre o subdiagnosticar o de ser distraídos por el diagnóstico en sí. Un caso que se debe mencionar es el trastorno de personalidad limítrofe. Se ha dado particular atención en la literatura a la asociación entre un historia de abuso sexual infantil y el diagnóstico de personalidad limítrofe (Briere & Zaidi, 1989; Paris, Zweig, & Guzder, 1994) porque muchas de las secuelas afectivas e interpersonales del abuso infantil crónico están contenidas en los criterios diagnósticos de personalidad limítrofe. Por otra parte, un número de estudios sugiere que el abuso sexual infantil probablemente no es el único (e incluso el más grande) factor etiológico del trastorno de personalidad limítrofe (Fossati, Madeddu, & Maffei, 1999). El uso excesivo o reflexivo de este diagnóstico en las víctimas de abuso sexual infantil demuestra que la mera aplicación de una etiqueta diagnóstica con frecuencia no contribuye sin la comprensión del contexto de la dinámica específica y fenomenológica de los eventos subyacentes de la infancia (Briere, 1992; Kroll, 1993).

Debido a que muchos problemas relacionados con el abuso sexual infantil citados anteriormente y la prevalencia del abuso sexual entre grupos clínicos, una serie de autores han elucidado metodologías de tratamiento específico para el abuso para adultos (Ej. Briere, 1996a, 1996b; Courtois, 1988, Jehu, 1988; M. P. Mendel, 1995; S. Mendel, 1995; Roth & Bastón, 1997). Sin embargo, sólo unos pocos estudios han evaluado las intervenciones de tratamiento con adultos víctimas de abuso sexual de niños. Estos estudios generalmente indican que los enfoques estructurados con base empírica son útiles (Alexander, Neimeyer, & Follette, 1991; Chard, Weaver, & Resick, 1997; Follette, Alexander, & Follette, 1991; Smucker & Nideree, 1995). Estos estudios de tratamientos sugieren que aun cuando la terapia grupal interpersonal pueda tener beneficios significativos en reducir los síntomas de depresión y ansiedad social, los efectos del tratamiento son mitigados por el sistema actual de apoyo y de educación de la víctima. Un tratamiento de ese tipo puede ser sumamente útil en forma conjunta con una terapia individual. A pesar de que los datos de los resultados clínicos son limitados en este momento, el tratamiento específico para el abuso probablemente es más beneficioso en la resolución del trauma posterior al abuso que las terapias que no toman en cuenta la existencia y el impacto del abuso sexual en la infancia. Debido a que los efectos conocidos del abuso sexual infantil son tan variados (Ej. síntomas postraumáticos, distorsiones cognitivas, problemas con el auto-desarrollo, y perturbación de las relaciones interpersonales), la terapia centrada en el abuso debe responder a una amplia gama de problemas clínicos y emplear una diversidad de intervenciones de tratamiento en lugar de basarse en un enfoque de tratamiento o filosofía únicos.

Conclusión

El abuso sexual es una experiencia relativamente común en las vidas de los niños, y los niños que han sido víctimas de abuso sexual habitualmente sufren de efectos psicológicos. El hecho de que tales experiencias no sólo producen dificultades inmediatas sino que

también constituyen un factor de riesgo significativo de desarrollar problemas de salud, psiquiátricos y dificultades para funcionar en la vida son causa de profunda preocupación. Se han identificado variables de mediación importantes, incluidas las características del abuso y el apoyo que el niño recibe de la familia. Es necesario realizar estudios prospectivos que nos permitan comprender los procesos y las experiencias que mitigan o exacerbaban los efectos del abuso. En la ausencia relativa de tal investigación, los esfuerzos de intervención debieran diseñarse no sólo para aminorar los síntomas actuales sino que para promover una resolución emocional y cognitiva que puede mejorar la probabilidad de tener un resultado positivo en los años venideros.

Referencias

- Adams, J., McClellan, J., Douglass, D., McCurry, C., & Storck, M. (1995). Sexually inappropriate behaviors in seriously mentally ill children and adolescents. *Child Abuse & Neglect, 19*, 555-568.
- Alexander, P. G. (1992). Application of attachment theory to the study of sexual abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60*, 185-195.
- Alexander, P. C., Neimeyer, R. A., & Follette, V. M. (1991). Group therapy for women sexually abused as children: A controlled study and investigation of individual differences. *Journal of Interpersonal Violence, 6*, 218-231. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP). (1998). Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with posttraumatic stress disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 37*(10, Suppl.), 4S-26S. American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual* (4th ed.). Washington, DG: Author.
- Bartoi, M. G., & Kinder, B. N. (1998). Effects of child and adult sexual abuse on adult sexuality. *Journal of Sex and Marital Therapy, 24*, 75-90.
- Basta, S. M., & Peterson, R. F. (1990). Perpetrator status and the personality characteristics of molested children. *Child Abuse & Neglect, 14*, 555-566.
- Becker, E., Rankin, E., & Rickel, A. U. (1998). *High-risk sexual behavior: Interventions with vulnerable populations*. New York: Plenum.
- Beitchman, J. H., Zucker, K. J., Hood, J. E., da Costa, G. A., & Akman, D. (1991). A review of the short-term effects of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect, 15*, 537-556.
- Beitchman J. H., Zucker, K.J., Hood J. E., da Costa, G. A., Akman, D., & Cassavia, E. (1992). A review of the long-term effects of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect, 16*, 101-118.
- Bensley, L. S., Eenwyk, J. V., & Simmons, K. W. (2000). Self-reported childhood sexual and physical abuse and adult HIV-risk behaviors and heavy drinking. *American Journal of Preventive Medicine, 18*, 151-158.
- Berliner, L. (2000). What is sexual abuse? In H. Dubowitz & D. DePanfilis (Eds.), *Handbook for child protection* (pp. 18-22). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Berliner, L., & Briere, J. (1999). Trauma, memory, and clinical practice. In L. M. Williams & V. L. Baynard (Eds.), *Trauma and memory* (pp. 3-18). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Berliner, L., & Conte J. (1990). The process of victimization: The victim's perspective. *Child Abuse & Neglect, 14*, 29-40.
- Berliner, L., & Conte, J. R. (1995). The effects of disclosure and intervention on sexually abused children. *Child Abuse & Neglect, 19*, 371-384.
- Berliner, L., & Saunders, B. E. (1996). Treating fear and anxiety in sexually abused children: Results of a controlled 2-year follow-up study. *Child Maltreatment, 1*, 294-309.
- Black, C. A., & DeBlasie, R. R. (1993). Sexual abuse in male children and adolescents: Indicators, effects, and treatments. *Adolescence, 28*, 123-133.
- Boney-McCoy, S., & Finkelhor, D. (1995). Psychosocial sequelae of violent victimization in a national youth sample. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63*, 726-736.
- Boney-McCoy, S., & Finkelhor, D. (1996). *Is youth victimization related to PTSD and depression after controlling for prior symptoms and family relationships? A longitudinal, prospective study*. Unpublished manuscript, University of New Hampshire.
- Boyer, D., & Fine, D. (1991). Sexual abuse as a factor in adolescent pregnancy and child maltreatment. *Family Planning Perspectives, 24*, 4-19.
- Briere, J. (1989). *Therapy for adults molested as children: Beyond survival* New York: Springer.
- Briere, J. (1995). *Trauma Symptom Inventory*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Briere, J. (1992). *Child abuse trauma: Theory and treatment of the lasting effects*. Newbury Park, CA: Sage.
- Briere, J. (1996a). A self-trauma model for treating adult survivors of severe child abuse. In J. Briere, L. Berliner, J. Bulkley, C. Jenny, & T. Reid (Eds.), *APSAC handbook on child maltreatment* (pp. 140-157). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Briere, J. (1996b). *Therapy for adults molested as children* (2nd ed.). New York: Springer.
- Briere, J. (1996c). *Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC)*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.

Briere, J. (1997). *Psychological assessment of adult posttraumatic states*. Washington, DC: American Psychological Association.

- Briere, J. (2000). Incest. In A. E. Kazdin (Ed.), *Encyclopedia of psychology*. Washington, DC: American Psychological Association and Oxford University Press.
- Briere, J. (2000b). Cognitive Distortions Scale (CDS). Odessa, FL: Psychological Assessment Resources. Briere, J. (in press). *Professional manual for the Trauma Symptom Checklist for Young Children (TSCYC)*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Briere, J., & Conté, J. R. (1993). Self-reported amnesia for abuse in adults molested as children. *Journal of Traumatic Stress, 6*, 21-31.
- Briere, J., & Elliott, D. M. (1993). Sexual abuse, family environment, and psychological symptoms: On the validity of statistical control. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*, 284-288.
- Briere, J., & Gil, E. (1998). Self-mutilation in clinical and general population samples: Prevalence, correlates, and functions. *American Journal of Orthopsychiatry, 68*, 609-620.
- Briere, J., & Runtz, M. (1987). Post-sexual abuse trauma: Data and implications for clinical practice. *Journal of Interpersonal Violence, 2*, 367-379.
- Briere, J., & Runtz, M. (1993). Child sexual abuse: Long-term sequelae and implications for assessment. *Journal of Interpersonal Violence, 8*, 312-330.
- Briere, J., Woo, R., McRae, B., Foltz, J., & Sitzman, R. (1997). Lifetime victimization history, demographics, and clinical status in female psychiatric emergency room patients. *Journal of Nervous and Mental Disease, 185*, 95-101.
- Briere, J., & Zaidi, L. Y. (1989). Sexual abuse histories and sequelae in female psychiatric emergency room patients. *American Journal of Psychiatry, 146*, 1602-1606.
- Briggs, L., & Joyce, P. R. (1997). What determines posttraumatic stress disorder symptomatology for survivors of childhood sexual abuse? *Child Abuse & Neglect, 21*, 575-582.
- Browne, A., & Finkelhor, D. (1986). Impact of child sexual abuse: A review of the research. *Psychological Bulletin, 18*, 66-77.
- Cavaiola, A. A., & Schiff, M. (1989). Self-esteem in abused, chemically dependent adolescents. *Child Abuse & Neglect, 13*, 327-334.
- Celano, M. (1992). A developmental model of victims' internal attributions of responsibility for sexual abuse. *Journal of Interpersonal Violence, 7*, 57-69.
- Celano, M., Hazzard, A., Webb, C., & McCall, C. (1996). Treatment of traumagenic beliefs among sexually abused girls and their mothers: An evaluation study. *Journal of Abnormal Child Psychology, 24*, 1-7.
- Chaffin, M., Wherry, J. N., & Dykman, R. (1997). School age children's coping with sexual abuse: Abuse stresses and symptoms associated with four coping strategies. *Child Abuse & Neglect, 21*, 227-240.
- Chard, K. M., Weaver, T. L., & Resick, P. A. (1997). Adapting cognitive processing therapy for child sexual abuse survivors. *Cognitive and Behavioral Practice, 4*, 31-52.
- Chu, J. A., & Dill, D. L. (1990). Dissociative symptoms in relation to childhood physical and sexual abuse. *American Journal of Psychiatry, 147*, 887-892.
- Cohen J. A., Berliner, L., & Mannarino, A. P. (2000). Treating traumatized children: A research review and synthesis. *Trauma, Violence, and Abuse, 1*, 29-46.
- Cohen J. A., Berliner, L., & March J. S. (2000). Treatment of children and adolescents. In E. B. Foa, T. M. Keane, & M. J. Friedman (Eds.), *Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies* (pp. 106-138). New York: Guilford.
- Cohen, J. A., & Mannarino, A. P. (1998). A treatment study for sexually abused preschool children: Outcome during a one-year follow-up. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36*, 1228-1235.
- Cohen J. A., & Mannarino, A. P. (2000). Predictors of treatment outcome in sexually abused children. *Child Abuse & Neglect, 24*, 983-994.
- Cole, P. M., & Putnam, F. W. (1992). Effect of incest on self and social functioning: A developmental psychopathology perspective. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60*, 174-184.
- Conte, J. R., & Schuerman, J. R. (1987). Factors associated with an increased impact of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect, 11*, 201-212.

- Conte, J. R., Wolfe, S., & Smith, T. (1989). What sexual offenders tell us about prevention strategies. *Child Abuse & Neglect, 13*, 293-302.
- Cosentino, C. E., Meyer-Bahlburg, H. F. L., Alpert J. L., Weinberg, S. L., & Gaines, R. (1995). Sexual behavior problems and psychopathology symptoms in sexually abused girls. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 34*, 1033-1042.
- Courtois, C. A. (1988). *Healing the incest wound: Adult survivors in therapy*. New York: Norton.
- Dadds, M., Smith, M., Weber, Y., & Robinson, A. (1991). An exploration of family and individual profiles following father-daughter incest. *Child Abuse & Neglect, 15*, 575-586.
- Dalenberg, C.J., & Jacobs, D. A. (1994). Attributional analyses of child sexual abuse episodes: Empirical and clinical issues. *Journal of Child Sexual Abuse, 3*, 37-50.
- Deblinger, E., Lippmann, J. T., & Steer, R. (1996). Sexually abused children suffering posttraumatic stress symptoms: Initial treatment outcome findings. *Child Maltreatment, 1*, 310-321.
- Deblinger, E., McLeer, S. V., Atkins, M. S., Ralphe, D., & Foa, E. (1989). Posttraumatic stress in sexually abused, physically abused, and non-abused children. *Child Abuse & Neglect, 13*, 403-408.
- DiLillo, D., & Long, P. J. (1999). Perceptions of couple functioning among female survivors of child sexual abuse. *Journal of Child Sexual Abuse, 7*, 59-76.
- Donnelly, C. L., Amaya-Jackson, L., & March, J. S. (1999). Psychopharmacology of pediatric posttraumatic stress disorder. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology, 9*, 203-220.
- Dubner, A. E., & Motta, R. W. (1999). Sexually and physically abused foster care children and posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*, 367-373.
- Duncan, L. E., & Williams, L. M. (1998). Gender role socialization and male-on-male vs. female-on-male child sexual abuse. *Sex Roles, 39*, 765-785.
- Einbender, A.J., & Friedrich, W. N. (1989). Psychological functioning and behavior of sexually abused girls. *Journal of Consulting & Clinical Psychology, 57*, 155-157.
- Elliott, D. M. (1993). *Disclosing sexual abuse: Predictors and consequences*. San Antonio, TX: International Society for Traumatic Stress Studies.
- Elliott, D. M. (1994). Impaired object relations in professional women molested as children. *Psychotherapy, 21*, 79-86.
- Elliott, D. M., & Briere, J. (1992). Sexual abuse trauma among professional women: Validating the Trauma Symptom Checklist-40 (TSC-40). *Child Abuse & Neglect, 16*, 391-398.
- Elliott, D. M., & Briere, J. (1994). Forensic sexual abuse evaluations of older children: Disclosures and symptomatology. *Behavioral Sciences and the Law, 12*, 261-277.
- Elliott, D. M., & Briere, J. (1995). Posttraumatic stress associated with delayed recall of sexual abuse: A general population study. *Journal of Traumatic Stress, 8*, 629-647.
- Elliott, D., Browne, K., & Kilcoyne, J. (1995). Child sexual abuse prevention: What offenders tell us. *Child Abuse & Neglect, 19*, 579-584.
- Epstein, J. N., Saunders, B. E., Kilpatrick, D. G., & Resnick, H. S. (1998). PTSD as a mediator between childhood rape and alcohol use in adult women. *Child Abuse & Neglect, 22*, 223-234.
- Everson, M. D., Hunter, W. M., Runyan, D. K., Edelsohn, G. A., & Coulter, M. L. (1989). Maternal support following disclosure of incest. *American Journal of Orthopsychiatry, 59*, 197-207.
- Faller, K. C. (1989a). Characteristics of a clinical sample of sexually abused children: How boy and girl victims differ. *Child Abuse & Neglect, 13*, 281-291.
- Faller, K. C. (1989b). The myths of the "collusive mother": Variability in the functioning of mothers of victims of intrafamilial sexual abuse. *Journal of Interpersonal Violence, 3*, 190-196.
- Famularo, R., Kinscherff, R., & Fenton, T. (1988). Propranolol treatment for childhood posttraumatic stress disorder, acute type. *American Journal of Diseases of Children, 142*, 1244-1247.
- Faust, J., Runyon, M. K., & Kenny, M. C. (1995). Family variables associated with the onset and impact of intrafamilial childhood sexual abuse. *Clinical Psychology Review, 15*, 443-456.
- Fergusson, D. M., Horwood, L. J., & Lynskey, M. T. (1996). Childhood sexual abuse and psychiatric disorder in young adulthood: II. Psychiatric outcomes of childhood sexual abuse. *Child & Adolescent Psychiatry, 34*, 1365-1374.
- Fiering, C., Taska, L. S., & Lewis, M. (1996). Family self-concept: Ideas on its meaning. In B. Bracken (Eds.), *Handbook of self-concept: Developmental, social, and clinical considerations* (pp. 317-373). New York: John Wiley.
- Fiering, C., Taska, L., & Lewis, M. (1998). The role of shame and attributional style of children's and adolescents' adaptation to sexual abuse. *Child Maltreatment: Journal of the American Professional Society on the Abuse of Children, 3*, 129-142.
- Finkelhor, D. (1979). What's wrong with sex between adults and children? Ethics and the problem of sexual abuse. *American Journal of Orthopsychiatry, 49*, 692-697.
- Finkelhor, D. (1994). Current information on the scope and nature of child sexual abuse. *Future of Children, 4*, 31-53.

- Finkelhor, D., & Baron, L. (1986a). High-risk children. In: D. Finkelhor (Ed.), *A sourcebook on child sexual abuse* (pp. 60-88). Beverly Hills, CA: Sage.
- Finkelhor, D., & Baron, L. (1986b). Risk factors for child sexual abuse. *Journal of Interpersonal Violence, 1*, 43-71.
- Finkelhor, D., & Berliner, L. (1995). Research on the treatment of sexually abused children: A review and recommendations. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 34*, 1408-1423.
- Finkelhor, D., & Browne, A. (1985). The traumatic impact of child sexual abuse: A conceptualization. *American Journal of Orthopsychiatry, 55*, 530-541.
- Finkelhor, D., & Dziuba-Leatherman, J. (1994). Children as victims of violence: A national survey. *Pediatrics, 94*, 413-420.
- Finkelhor, D., Hotaling, G., Lewis, I. A., & Smith, C. (1990). Sexual abuse in a national survey of adult men and women: Prevalence, characteristics, and risk factors. *Child Abuse & Neglect, 14*, 19-28.
- Finkelhor, D., & Olmrod, R. (2000). *Reporting crimes against juveniles* (Special Report NCJ-178887, Juvenile Justice Bulletin, 1-7). Washington, DC: Government Printing Office.
- Finkelhor, D., & Russell, D. E. H. (1984). Women as perpetrators: Review of the evidence. In D. Finkelhor (Ed.), *Child sexual abuse: New theory and research* (pp. 171-185). New York: Free Press.
- Finkelhor, D., Williams, L. M., & Burns, N. (1988). *Nursery crimes: Sexual abuse in day care*. Newbury Park, GA: Sage.
- Finkelhor, D., Wolack, J., & Berliner, L. (2001). Police reporting and professional help seeking for child crime victims: A review. *Child Maltreatment, 6*, 17-30.
- Follette, V. M., Alexander, P. G., & Follette, W. C. (1991). Individual predictors of outcome in group treatment for incest survivors. *Journal of Consulting & Clinical Psychology, 59*, 150-155.
- Fossati, A., Madeddu, F., & Maffei, C. (1999). Borderline personality disorder and childhood sexual abuse: A meta-analytic study. *Journal of Personality Disorders, 13*, 268-280.
- Friedrich, W. N. (1992). *Psychotherapy of sexually abused children and their families*. New York: Norton.
- Friedrich, W. N. (1993). Sexual victimization and sexual behavior in children: A review of recent literature. *Child Abuse & Neglect, 17*, 59-66.
- Friedrich, W. N. (1995). *Treatment of sexually abused boys*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Friedrich, W. N. (1997). Psychotherapy with sexually abused boys. In D. E. Wolfe (Ed.), *Child abuse: New directions in prevention and treatment across the lifespan* (pp. 205-223). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Friedrich, W. N., Beilke, R. L., & Urquiza, A. J. (1987). Children from sexually abusive families: A behavioral comparison. *Journal of Interpersonal Violence, 2*, 391-402.
- Friedrich, W. N., Dittner, C. A., Action, R., Berliner, L., Butler, J., Damon, L., Davies, W. H., Gray, A., & Wright, J. (2001). Child Sexual Behavior Inventory: Normative, psychiatric and sexual abuse comparisons. *Child Maltreatment, 6*, 37-49.
- Friedrich, W. N., Jaworski, T. M., Huxsahl, J. E., & Bengtson, B. S. (1997). Dissociative and sexual behaviors in children and adolescents with sexual abuse and psychiatric histories. *Journal of Interpersonal Violence, 12*, 155-171.
- Friedrich, W. N., & Reams, R. A. (1987). Young school-age sexually aggressive children. *Professional Psychology, 19*, 155-164.
- German, D. E., Habernicht, D. J., & Fitcher, W. G. (1990). Psychological profile of the female adolescent incest victim. *Child Abuse & Neglect, 14*, 429-438.
- Gidycz, C. A., & Koss, M. P. (1989). The impact of adolescent sexual victimization: Standardized measures of anxiety, depression and behavioral deviancy. *Violence & Victims, 4*, 139-149.
- Gil, E. (1991). *The healing power of play*. New York: Guilford.
- Gladstone, G., Parker, G., Wilhelm, K., Mitchell, P., & Austin, M. P. (1999). Characteristics of depressed patients who report childhood sexual abuse. *American Journal of Psychiatry, 156*, 812.
- Gold, E. R. (1986). Long-term effects of sexual victimization in childhood: An attributional approach. *Journal of Consulting & Clinical Psychology, 54*, 471-475.
- Gold, E. R. (1991). History of child sexual abuse and adult sexual fantasies. *Violence and Victims, 6*, 75-82.
- Gold, S. N., Lucenko, B. A., Elhai, J. D., Swingle, J. M., & Sellers, A. H. (1999). A comparison of psychological/psychiatric symptomatology of women and men sexually abused as children. *Child Abuse & Neglect, 23*, 683-692.
- Gomes-Schwartz, B., Horowitz, J. M., & Cardarelli, A. P. (1990). *Child sexual abuse: The initial effects*. Newbury Park, CA: Sage.
- Goodman, G. S., Taub, E. P., Jones, D. P. H., England, P., Port, L. K., Rudy, L., & Prado, L. (1992). Emotional effects of criminal court testimony on child sexual assault victims. *Monographs of the Society for Research on Child Development, 57*, 1-163.
- Henry, J. (1997). System intervention trauma to child abuse victims following disclosure. *Journal of Interpersonal Violence, 12*, 499-512.
- Herman, J. L., & Harvey, M. R. (1997). Adult memories of childhood trauma: A naturalistic clinical study. *Journal of Traumatic Stress, 10*, 557-571.

- Herman, J. L., & Schatzow, E. (1987). Recovery and verification of memories of childhood sexual Trauma. *Psychoanalytic Psychology*, 4, 1-14.
- Hibbard, R. A., Ingersoll, G. M., & Orr, D. P. (1990). Behavior risk, emotional risk, and child abuse among adolescents in a nonclinical setting. *Pediatrics*, 86, 896-901.
- Hoagwood, K., & Stewart, J. M. (1989). Sexually abused children's perceptions of family functioning. *Child & Adolescent Social Work*, 6, 139-149.
- Holmes, W. C., & Slap, G. B. (1998). Sexual abuse of boys: Definition, prevalence, correlates, sequelae, and management. *Journal of the American Medical Association*, 280, 1855-1862.
- Hotte, J. R., & Raiman, S. (1992). The specific effects of incest on prepubertal girls from dysfunctional families. *Child Abuse & Neglect*, 16, 273-283.
- Hunter, J., Goodwin, D. W., & Wilson, R. J. (1992). Attributions of blame in child sexual abuse victims: An analysis of age and gender influences. *Journal of Child Sexual Abuse*, 1, 75-90.
- Hunter, W. M., Coulter, M. L., Runyan, D. K., & Everson, M. D. (1990). Determinants of placement for sexually abused children. *Child Abuse & Neglect*, 14, 407-418.
- Huston, R. L., Parra, J. M., Prihoda, T. J., & Foulds, D. M. (1995). Characteristics of childhood sexual abuse in a predominantly Mexican-American population. *Child Abuse & Neglect*, 19, 165-176.
- Hyde, C., Bentovim, A., & Monck, E. (1995). Some clinical and methodological implications of a treatment outcome study of sexually abused children. *Child Abuse & Neglect*, 19, 1387-1399.
- James, B. (1989). *Treating traumatized children: New insights and creative interventions*. Lexington, MA; Lexington Books.
- Jarvis, T. J., & Copeland, J. (1997). Child sexual abuse as a predictor of psychiatric co-morbidity and its implications for drug and alcohol treatment. *Drug and Alcohol Dependence*, 49, 61-69.
- Jehu, D. (1988). *Beyond sexual abuse: Therapy with women who were childhood victims*. Chichester, UK: Wiley.
- Johnsen, L. W., & Harlow, L. L. (1996). Childhood sexual abuse linked with adult substance use, victimization, and AIDS risk. *AIDS Education and Prevention*, 8, 44-57.
- Johnson, B. K., & Kenkel, M. B. (1991). Stress, coping and adjustment in female adolescent incest victims. *Child Abuse & Neglect*, 15, 293-305.
- Jones, D. P. H., & McGraw, J. M. (1987). Reliable and fictitious accounts of sexual abuse to children. *Journal of Interpersonal Violence*, 2, 27-45.
- Jones, L., & Finkelhor, D. (2001). *The decline in child sexual abuse cases*. Washington, DC: U.S. Department of Justice.
- Kendall-Tackett, K. A., Williams, L. M., & Finkelhor, D. (1993). Impact of sexual abuse on children: A review and synthesis of recent empirical studies. *Psychological Bulletin*, 113, 164-180.
- Kilpatrick, D. G., & Saunders, B. E. (1999). *Prevalence and consequences of child victimization: Results from the national survey of adolescents* (No. 93-IJ-CX-0023). Charleston: National Crime Victims Research & Treatment Center, Department of Psychiatry & Behavioral Sciences, Medical University of South Carolina.
- King, N. J., Tonge, B. J., Mullen, R., Myerson, N., Heyne, D., RoUings, S., Martin, R., & OUendick, T. (2001). Treating sexually abused children with posttraumatic stress symptoms: A randomized trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 1347-1355.
- Kluft, R. P. (1985). *Childhood antecedents of multiple personality*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Kolko, D. J., Moser, J., & Weldy, S. R. (1988). Behavioral/emotional indicators of sexual abuse in psychiatric inpatients: A controlled comparison with physical abuse. *Child Abuse & Neglect*, 12, 529-541.
- Kress, E., & Vandenberg, B. (1998). Depression and attribution in abused children and their nonoffending caregivers. *Psychological Reports*, 83, 1285-1286.
- Kroll, J. (1993). *PTSD/borderlines in therapy: Finding the balance*. New York: Norton.
- Lang, R. A., & Frenzel, R. R. (1988). How sex offenders lure children. *Annals of Sex Research*, 7, 303-317.
- Lanktree, C., & Briere, J. (1995). Outcome of therapy for sexually abused children: A repeated measures study. *Child Abuse & Neglect*, 19, 1145-1156.
- Lanktree, C., Briere, J., & Zaidi, L. (1991). Incidence and impact of sexual abuse in a child outpatient sample: The role of direct inquiry. *Child Abuse & Neglect*, 15, 447-453.
- Lawson, L., & Chaffin, M. (1992). False negatives in sexual abuse disclosure interviews: Incidence and influence of caretaker's belief in abuse in cases of accidental abuse discovery by diagnosis of STD. *Journal of Interpersonal Violence*, 7, 532-542.
- Leifer, M., Shapiro, J. R., & Kassem, L. (1993). The impact of maternal history and behavior upon foster placement and adjustment in sexually abused girls. *Child Abuse & Neglect*, 17, 755-766.
- Leitenberg, H., Greenwald, E., & Gado, S. (1992). A retrospective study of long-term methods of coping with having been sexually abused during childhood. *Child Abuse & Neglect*, 16, 399-407.

- Levitan, R. D., Parikh, S. V., Lesage, A. D., Hegadoren, K. M., & Adams, M. (1998). Major depression in individuals with a history of child physical or sexual abuse: Relationship to neurovegetative features, mania, and gender. *American Journal of Psychiatry*, *155*, 1746-1752.
- Lindsay, D. S., & Briere, J. (1997). The controversy regarding recovered memories of childhood sexual abuse: Pitfalls, bridges and future directions. *Journal of Interpersonal Violence*, *12*, 631-647.
- Lisak, D. (1993). Men as victims: Challenging cultural myths. *Journal of Traumatic Stress*, *6*, 577-580.
- Lombardo, S., & Pohl, R. (1997). Sexual abuse history of women treated in psychiatric outpatient clinic. *Psychiatric Services*, *48*, 534-536.
- Lwifer, M., Shapiro, J. P., & Kassem, L. (1993). The impact of maternal history and behavior upon foster placement and adjustment in sexually abused girls. *Child Abuse & Neglect*, *17*, 755-766.
- Madonna, P. G., VanScoyk, S., & Jones, D. P. H. (1991). Family interactions within incest and nonincest families. *American Journal of Psychiatry*, *148*, 46-49.
- Manion, L., Firestone, P., Cloutier, P., Ligezinska, M., McIntyre, J., & Ensom, R. (1998). Child extrafamilial sexual abuse: Predicting parent and child functioning. *Child Abuse & Neglect*, *22*, 1285-1304.
- Mannarino, A. P., & Cohen, J. A. (1996a). Abuse-related attributions and perceptions, general attributions, and locus of control in sexually abused girls. *Journal of Interpersonal Violence*, *11*, 162-180.
- Mannarino, A. P., & Cohen, J. A. (1996b). A follow-up study of factors that mediate the development of psychological symptomatology in sexually abused girls. *Child Maltreatment*, *1*, 246-260.
- Mannarino, A. P., & Cohen, J. A. (1997). Family-related variables and psychological symptom formation in sexually abused girls. *Journal of Child Sexual Abuse*, *5*, 105-120.
- Mannarino, A. P., Cohen, J. A., & Berman, S. R. (1994). The Children's Attributions and Perceptions Scale: A new measure of sexual abuse-related factors. *Journal of Clinical Child Psychology*, *23*, 204-211.
- Maynes, L. C., & Feinauer, L. L. (1994). Acute and chronic dissociation and somatized anxiety as related to childhood sexual abuse. *American Journal of Family Therapy*, *22*, 165-175.
- McCabe, M. P., Se Cobain, M. J. (1998). The impact of individual and relationship factors on sexual dysfunction among males and females. *Sexual and Marital Therapy*, *13*, 131-143.
- McLeer, S. V., Dixon, J. E., Henry, D., Ruggiero, K., Escovitz, K., Niedda, T., & Scholle, R. (1998). Psychopathology in non-clinically referred sexually abused children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *37*, 1326-1333.
- McLeer, S. V., Deblinger, E., Henry, D., & Orvaschel, H. (1992). Sexually abused children at high risk for posttraumatic stress disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *31*, 875-879.
- Mendel, M. P. (1995). *The male survivor: The impact of sexual abuse*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Mendel, S. (1995). An adolescent group within a milieu setting. *Journal of Child and Adolescent Group Therapy*, *5*, 47-51.
- Mermen, F. E. (1995). The relationship of race/ethnicity to symptoms in childhood sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, *19*, 115-124.
- Messman, T. L., & Long, P. J. (1996). Child sexual abuse and its relationship to revictimization in adult women: A review. *Clinical Psychology Review*, *16*, 397-420.
- Morrow, K. B. (1991). Attributions of female adolescent incest victims regarding their molestation. *Child Abuse & Neglect*, *15*, 477-483.
- Mulder, R. T., Beautrais, A. L., Joyce, P. R., & Fergusson, D. M. (1998). Relationship between dissociation, childhood sexual abuse, childhood physical abuse, and mental illness in a general population sample. *American Journal of Psychiatry*, *155*, 806-811.
- Mullen, P. E., Martin, J. L., Anderson, J. C., & Romans, S. E. (1994). The effect of child sexual abuse on social, interpersonal and sexual function in adult life. *British Journal of Psychiatry*, *165*, 35-47.
- Myers, J. E. B. (1998). *Legal issues in child abuse and neglect practice* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- National Center on Child Abuse and Neglect. (1993). *A report on the maltreatment of children with disabilities*. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services.
- Neumann, D. A., Houskamp, B. M., Pollock, V. E., & Briere, J. (1996). The long-term sequelae of childhood sexual abuse in women: A meta-analytic review. *Child Maltreatment*, *1*, 6-16.
- Newman, E., Christopher, S. R., & Berry, J. O. (2000). Developmental disabilities, trauma exposure, and posttraumatic stress disorder. *Trauma, Violence, and Abuse: A Review Journal*, *1*, 154-170.
- Ondersma, S., Chaffin, M., & Berliner, L. (1999). Comments on the Rind et al., meta-analysis controversy. *APSAC Advisor*, *12*, 2-5.
- Ondersma, S., Chaffin, M., Berliner, L., Cordon, Goodman, G. S., & Barnett. (in press). Sex with children is abuse: The Rind et al. controversy. *Psychological Bulletin*.
- Ornduff, S. R., Freedenfeld, R. N., Kelsey, R. M., & Critelli, J. W. (1994). Object relations of sexually abused female subjects: A TAT analysis. *Journal of Personality Assessment*, *63*, 223-238.

- Paris, J., Zweig, R., & Guzder, J. (1994). Psychological risk factors for borderline personality disorder in female patients. *Comprehensive Psychiatry*, 35, 301-305.
- Peters, S. D. (1988). Child sexual abuse and later psychological problems. In G. E. Wyatt & G. Powell (Eds.), *The lasting effects of child sexual abuse*. Newbury Park, CA: Sage.
- Piran, N., Lerner, P., Garfinkel, P. E., Kennedy, S. H., & Brouillette, C. (1988). Personality disorders in anorectic patients. *International Journal of Eating Disorders*, 7, 589-599.
- Polusny, M. A., & Follette, V. M. (1996). Remembering childhood sexual abuse: A national survey of psychologists' clinical practices, beliefs, and personal experiences. *Professional Psychology: Research and Practice*, 27, 41-52.
- Pribor, E. R., & Dinwiddle, S. H. (1992). Psychiatric correlates of incest in childhood. *American Journal of Psychiatry*, 149, 52-56.
- Putnum, F. W. (1990). Disturbance of "self in victims of child sexual abuse. In P. R. Kluff (Ed.), *Incest-related syndromes of adult psychopathology* (pp. 113-132). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Quas, J., Redlich, A., Goodman, G., Ghetti, S., & Alexander, K. (1999, May). *Long-term consequences on child sexual abuse victims of testifying in criminal court: Mental health and revictimization*. Paper presented at the biennial meeting of the Society for Research in Child Development, Albuquerque, NM.
- Rao, K., DiClemente, R. J., & Ponton, L. E. (1992). Child sexual abuse of Asians compared with other populations. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 31, 880-886.
- Rind, B., Tromovitch, P., & Bauserman, R. (1998). A meta-analytic examination of assumed properties of child sexual abuse using college samples. *Psychological Bulletin*, 124, 22-53.
- Rodriguez, N., Ryan, S. W., Van de Kemp, H., & Roy, D. W. (1997). Posttraumatic stress disorder in adult female survivors of child sexual abuse: A comparison study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 53-59.
- Rosen, L. N., & Martin, L. (1998). Long-term effects of childhood maltreatment history on gender-related personality characteristics. *Child Abuse & Neglect*, 22, 197-211.
- Roth, S., & Batson, R. (1997). *Naming the shadows: A new approach to individual and group psychotherapy for adult survivors of childhood incest*. New York: Free Press.
- Rowan, A. B., & Roy, D. W. (1994). Posttraumatic stress disorder in a clinical sample of adults sexually abused as children. *Child Abuse & Neglect*, 18, 51-61.
- Ruggiero, K. J., McLeer, S. V., & Dixon, J. P. (2000). Sexual abuse characteristics associated with survivor psychopathology. *Child Abuse & Neglect*, 24, 951-964.
- Runyan, D. K., Everson, M. D., Edelhoen, G. A., Hunter, W. M., & Coulter, M. L. (1988). Impact of intervention on sexually abused children. *Journal of Pediatrics*, 113, 647-653.
- Runyan, D. K., Hunter, W. M., & Everson, M. D. (1992). *Maternal support for child victims of sexual abuse: Determinants and implications* (Final Report No. Grant #90-CA-1368). Washington, DC: National Center on Child Abuse and Neglect.
- Russell, D. E. H. (1984). *Sexual exploitation: Rape, child sexual abuse, and workplace harassment*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Russell, D. E. H. (1986). *The secret trauma: Incest in the Lives of girls and women*. New York: Basic Books.
- Rust, J. O., & Troupe, P. A. (1991). Relationships of treatment of child sexual abuse with school achievement and self-concept. *Journal of Early Adolescence*, 11, 420-429.
- Salmon, R., & Calderbank, S. (1996). The relationship of childhood physical and sexual abuse to adult illness behavior. *Journal of Psychosomatic Research*, 40, 329-336.
- Sanders-Phillips, K., Moisan, P. A., Wadlington, S., Morgan, S., & English, K. (1995). Ethnic differences in psychological functioning among Black and Latino sexually abused girls. *Child Abuse & Neglect*, 19, 691-706.
- Sarwer, D. B., & Durlak, J. A. (1996). Childhood sexual abuse as a predictor of adult female sexual dysfunction: A study of couples seeking sex therapy. *Child Abuse & Neglect*, 20, 963-972.
- Sas, L. (1991). *Reducing the system-induced trauma for child sexual abuse victims through court preparation, assessment, and follow-up* (No. #4555-1-125). Toronto: National Welfare Grants Division, Health and Welfare, Canada.
- Saunders, B. E., Kilpatrick, D. G., Hanson, R. E., Resnick, H. S., & Walker, M. E. (1999). Prevalence, case characteristics, and long-term psychological correlates of child rape among women: A national survey. *Child Maltreatment: Journal of the American Professional Society on the Abuse of Children*, 4, 187-200.
- Saunders, B. E., Villeponteaux, L. A., Lipovsky, J. A., Kilpatrick, D. G., & Veronen, L. J. (1992). Child sexual assault as a risk factor for mental disorders among women: A community survey. *Journal of Interpersonal Violence*, 7, 189-204.
- Sauzier, M. (1989). Disclosure of child sexual abuse: For better or worse. *Psychiatric Clinics of North America*, 12, 455-469.
- Saywitz, K. J., Mannarino, A. R., Berliner, L., & Cohen, J. A. (2000). Treatment of sexually abused children and adolescents. *American Psychologist*, 55, 1040-1049.
- Scott, R. L., & Day, H. D. (1996). Association of abuse-related symptoms and style of anger expression for female survivors of childhood incest. *Journal of Interpersonal Violence*, 11, 208-220.

- Shapiro, J. R., Leifer, M., Martone, M. W., & Kassem, L. (1990). Multimethod assessment of depression in sexually abused girls. *Journal of Personality Assessment*, 55, 234-248.
- Shapiro, J. R., Leifer, M., Martone, M. W., & Kassem, L. (1992). Cognitive functioning and social competence as predictors of maladjustment in sexually abused girls. *Journal of Interpersonal Violence*, 7, 156-164.
- Shengold, L. (1989). *Soul murder: The effects of childhood abuse and deprivation*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Sirles, E., & Franke, P.J. (1989). Factors influencing mothers' reactions to intrafamilial sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 13, 131-139.
- Smith, B. E., Elstein, S. G., Trost, T., & Bulkley, J. (1993). *The prosecution of child physical and sexual abuse cases*. Washington, DC: ABA Center on Children & the Law.
- Smucker, M. R., & Niederee, J. (1995). Treating incest related PTSD and pathogenic schemas through imaginal exposure and rescripting. *Cognitive and Behavioral Practice*, 2, 63-92.
- Sorensen, T., & Snow, B. (1991). How children tell: The process of disclosure in child sexual abuse. *Child Welfare*, 70, 3-15.
- Sorenson, S. B., Siegel, J. M., Golding, J. M., & Stein, J. A. (1991). Repeated sexual victimization. *Victims of Violence*, 91, 299-308.
- Spaccarelli, S. (1994). Stress, appraisal, and coping in child sexual abuse: A theoretical and empirical review. *Psychological Bulletin*, 116, 340.
- Spaccarelli, S. (1995). Measuring abuse stress and negative cognitive appraisals in child sexual abuse: Validity data on two new scales. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 703-727.
- Spaccarelli, S., & Fuchs, C. (1997). Variability in symptom expression among sexually abused girls: Developing multivariate models. *Journal of Clinical Child Psychology*, 26, 34-35.
- Springs, F. E., & Friedrich, W. N. (1992). Health risk behaviors and medical sequelae of childhood sexual abuse. *Mayo Clinic Proceedings*, 67, 527-532.
- Steiger, H., & Zanko, M. (1990). Sexual trauma among eating disordered, psychiatric, and normal female groups: Comparison of prevalences and defense styles. *Journal of Interpersonal Violence*, 5, 74-86.
- Stein, J. A., Golding, J. M., Siegel, J. M., Burnam, M. A., & Sorenson, S. B. (1988). Long-term psychological sequelae of child sexual abuse: The Los Angeles Epidemiological Catchment Area Study. In G. E. Wyatt & G. Powell (Eds.), *The lasting effects of child sexual abuse*. Newbury Park, CA: Sage.
- Stern, A. E., Lynch, D. L., Gates, R. K., O'Toole, B. L., & Cooney, G. (1995). Self esteem, depression, behaviour and family functioning in sexually abused children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36, 1077-1089.
- Stovall, G., & Craig, R. J. (1990). Mental representations of physically and sexually abused latency-aged females. *Child Abuse & Neglect*, 14, 233-242.
- Summit, R. C. (1983). The child sexual abuse accommodation syndrome. *Child Abuse & Neglect*, 7, 177-192.
- Summit, R. C. (1994). The dark tunnels of McMartin. *Journal of Psychohistory*, 21, 397-416.
- Tebbutt, J., Swanston, H., Oates, R. K., & O'Toole, B. I. (1997). Five years after child sexual abuse: Persisting dysfunction and problems of prediction. *Child & Adolescent Psychiatry*, 36, 330-339.
- Tedesco, J. E., & Schell, S. V. (1987). Children's reactions to sex abuse investigation and litigation. *Child Abuse & Neglect*, 11, 267-272.
- Tharinger, D., Horton, C. B., & Millea, S. (1990). Sexual abuse and exploitation of children and adults with mental retardation and other handicaps. *Child Abuse & Neglect*, 14, 301-312.
- Van der Kolk, B. A., & Kadish, W. (1987). Amnesia, dissociation, and the return of the repressed. In B. A. van der Kolk (Ed.), *Psychological trauma*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- van der Kolk, B. A., Perry, J. C., & Hermán, J. L. (1991). Childhood origins of self-destructive behavior. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1665-1671.
- Walsh, B. W., & Rosen, P. M. (1988). *Self-mutilation: Theory, research, and treatment*. New York: Guilford.
- Weiss, E. L., Longhurst, J. G., & Mazure, C. M. (1999). Childhood sexual abuse as a risk factor for depression in women: Psychosocial and neurobiological correlates. *American Journal of Psychiatry*, 156, 816-828.
- Wenninger, K., & Ehlers, A. (1998). Dysfunctional cognitions and adult psychological functioning in child sexual abuse survivors. *Journal of Traumatic Stress*, 11, 281-300.
- Whitcomb, D., Runyan, D. K., De Vos, E., Hunter, W. M., Cross, T. P., Everson, M. D., Peeler, N. A., Porter, C. Q., Toth, P. A., & Gropper, C. (1991). *Child victim as witness research and development program* (Executive Summary, Grant #87-MC-CX-0026). Washington, DC: Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention, Office of Justice Programs, U.S. Department of Justice.
- Widorn, C., & Morris, S. (1997). Accuracy of adult recollection of childhood victimization: Part 2. Childhood sexual abuse. *Psychological Assessment*, 9, 34-46.
- Williams, L. (1994). Recall of childhood trauma: A prospective study of women's memories of child sexual abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 1167-1176.

- Wind, T. W., & L. Silvern, L. E. (1992). Type and extent of child abuse as predictors of adult functioning. *Journal of Family Violence, 7*, 261-281.
- Wolfe, D. A., Sas, L., & Wekerle, C. (1994). Factors associated with the development of posttraumatic stress disorder among child victims of sexual abuse. *Child Abuse & Neglect, 18*, 37-50.
- Wolfe, V. V., & Birt, J. (1995). The psychological sequelae of child sexual abuse. *Advances in Clinical Child Psychology, 17*, 233-263.
- Wolfe, V. V., Gentile, C., & Wolfe, D. A. (1989). The impact of sexual abuse on children: A PTSD formulation. *Behavior Therapy, 20*, 215-228.
- Wozencraft, T., Wagner, W., & L. Pellegrin, A. (1991). Depression and suicidal ideation in sexually abused children. *Child Abuse & Neglect, 15*, 505-510.
- Wyatt, G. E. (1985). The sexual abuse of Afro-American and white women in childhood. *Child Abuse & Neglect, 9*, 507-519.
- Zanarini, M. C., Ruser, T. F., Frankenburg, F. F., Hennen, J., & Gunderson, J. G. (2000). Risk factors associated with the dissociative experiences of borderline patients. *Journal of Nervous and Mental Disease, 188*, 26-30.