

Epidemiología evaluación y tratamiento del Abuso Sexual en Infancia y Adolescencia.

Elena Baixauli Gallego

Colegiada PV- 4538

CENTRO MÉDICO PASARELA C/Benisanó, 11-Bajo L'Eliana - E-Mail: e4538@correo.cop.es

RESUMEN

Son muchas las personas que han sufrido abusos sexuales durante su infancia o durante su adolescencia. Personas que durante mucho tiempo han tenido que convivir con su agresor, algunas veces de forma física y otras en su mente. Algunas de ellas no saben qué hacer, a dónde acudir y cómo pedir ayuda. Ven cómo su vida se va poco a poco resquebrajando, sufren todo tipo de dolencias físicas, dificultades sexuales y problemas psicológicos. Y aquí, es donde interviene nuestro papel como psicólogos clínicos, detectando este problema, evaluándolo y proporcionando el tratamiento adecuado para cada persona.

PALABRAS CLAVE

Abuso sexual, agresor, víctima, epidemiología, evaluación, tratamiento, infancia y adolescencia.

ABSTRACT

Some people had been sexually abused as children or childhood. Pleople had have living a long time with your perpetrator, sometimes physically and the others psychologically. Someone do not to do, do not to go and do not to get help. People are seing how their life are broken, their are suffering all types physic pains, sexual difficulties and psychological problems. Now is the time where clinical psychologist appear to detect this problem and they assess it and they give it the correct treatment for this person.

CONCEPTO DE ABUSO SEXUAL

López (1995) propuso dos conceptos a raíz de los cuales se definen los abusos sexuales, el de coerción y el de asimetría de edad. La coerción (con fuerza física, presión o engaño) debe ser considerada, por sí misma, criterio suficiente para que una conducta sea etiquetada de abuso sexual a un menor, independientemente de la edad del agresor. La asimetría de edad impide la verdadera libertad de decisión y hace imposible una actividad sexual común, ya que los participantes tienen experiencias, grado de madurez biológica y expectativas muy diferentes.

Por lo tanto, siempre que exista coerción o asimetría de edad (o ambas cosas a la vez), entre una persona menor y cualquier otra, las conductas sexuales deben de ser consideradas abusivas (Casals, Garrido y Tur, 1996).

El National Center of Child Abuse & Neglect en 1978 propuso una innovadora definición: existe abuso sexual infantil en los contactos e interacciones entre un niño y un adulto, cuando el adulto (agresor) usa al niño para estimularse sexualmente él mismo, al niño o a otra persona. El abuso también puede ser cometido por una persona menor de 18 años, cuando éste es significativamente mayor que el niño (la víctima), o cuando está (el agresor) en una posición de poder o control sobre otro menor.

La mayoría de los autores usan como criterio de edad máxima de la víctima

entre los 15 y los 17 años, por encima de las cuales no deberíamos hablar de abuso de menores sino de violación, estupro o agresión sexual (Casals "et al", 1996).

Mayall y Gold (1995), estudiaron el efecto de utilizar tres definiciones diferentes del abuso sexual en la infancia (CSA) y tres definiciones de agresión sexual adulta (ASA) en una muestra de 654 mujeres, estudiantes universitarias, (en edades de 17 a 36 años). Las definiciones del CSA variaban en grado de contacto y las definiciones de ASA lo hacían en grado de contacto y fuerza utilizada. El soporte parental, el estilo atribucional, el estilo de afrontamiento, la severidad del abuso y el requerir psicoterapia, son algunas variables hipotéticas que median los valores de victimización. Las formas de contacto de CSA se relacionan con valores significativos de victimización.

Sin embargo, no se consiguió discriminar entre las mujeres que fueron varias veces víctimas de abuso sexual de las que no lo fueron atendiendo a las variables antes enunciadas. La relación entre CSA y ASA vine dada por un alto nivel de actividad sexual.

EPIDEMIOLOGÍA

Finkelhor (1994), realizó una revisión de 21 estudios epidemiológicos sobre abusos sexuales en la infancia, la finalidad de los mismos era examinar la naturaleza del abuso sexual desde una perspectiva internacional.

Los estudios sobre abusos sexuales en la infancia en poblaciones no clínicas de adultos se han llevado a cabo al menos en 19 países además de Estados Unidos y Canadá, incluyendo 10 casos de probabilidad nacional. Todos los estudios, relacionados con la investigación del Norte de América, hallaron que aproximadamente entre el 7% y el 36% de las mujeres y entre el 3% y el 29% de los hombres han declarado haber sufrido abusos sexuales durante su infancia.

La mayoría de los estudios descubrieron mujeres que fueron abusadas desde 1'5 a 3 veces respecto al porcentaje de los hombres. Además, los que examinaron los efectos a largo plazo del abuso sexual hallaron que la historia de abuso sexual podía estar asociada con un deterioro en la salud mental adulta. Unas pocas comparaciones realizadas a través de los países, con diferencias metodológicas y de definición, confirman que el abuso sexual es un problema internacional.

A su vez, López (1994) desarrolló un estudio con una muestra representativa de la población española de 2000 sujetos, el 18'9% de los entrevistados dijeron haber sido víctimas de abusos sexuales, siendo el 15'2% de los hombres y el 22'5% de las mujeres. Por otra parte, hubo una frecuencia importante de repetición de los abusos: el 44'2% de los casos se repitieron entre 1 y 25 veces (en detalle: de 2 a 3 veces más un 20.18%, entre 4 y 10 veces, un 11.28%; más de 25 veces, un 8'01 %).

ETIOLOGÍA

La Psicología Ambiental ofrece una explicación del abuso sexual en la infancia. Y son Holman y Stokols (1994), quienes muestran un análisis del tema desde la perspectiva ambiental.

Los autores sugieren que si se realiza una integración de constructos teóricos provenientes de la Psicología Clínica, Psicología Social, Psicología del Desarrollo y Psicología Ambiental, se obtendrá una revisión más amplia sobre la etiología y las consecuencias psicosociales de este problema. Primero, se analizarán las explicaciones encontradas y las perspectivas analíticas de los primeros estudios del abuso sexual en la infancia. Más tarde, estos hallazgos se asociarán en un más amplio análisis transaccional persona-ambiente.

Esta aproximación enfatiza la influencia que el contexto tiene para explicar la etiología y las consecuencias psicosociales del abuso sexual en la infancia

y sugiere que ambas concepciones, Clínica y Ambiental, sirvan de estrategias para reducir la prevalencia e impacto destructor de este problema.

Por su parte, Hanna (1994) argumenta que el trabajo social actual pone en práctica, teorías que dan demasiado valor al papel de los factores externos y poca importancia a la realidad psíquica, cuando explica las causas del sufrimiento humano. El cliente durante el tratamiento es una víctima indefensa de la poderosa fuerza exterior y niega personalmente cualquier implicación que signifique crear problemas. Hanna, relaciona la realidad psíquica y el trauma en pacientes adultos que sufrieron abusos sexuales cuando eran niños.

EVALUACIÓN DEL ABUSO SEXUAL

Chaffin (1994) dirigió 5 áreas de investigación, que guían el panorama de la literatura actual sobre la evaluación y tratamiento de los abusos sexuales en la infancia: (1) posibilidad de desviación, (2) comportamiento homosexual antisocial, (3) efectos del tratamiento, (4) variables de personalidad y tratamiento de sumisión y (5) la cuestión del tratamiento de la represión.

Se concluyó que en algunos pacientes se dan comportamientos obsesivos sin una cadena extensa de parafilias, o un ejemplo de comportamiento antisocial o psicopático. Además, el estrés es el motor de muchas variables requiriendo tratar a cada víctima individualmente.

El estudio realizado por Bergner, Delgado y Greybill (1994), examinaba la validez de la escala D. Finkelhor's Risk Factor Checklist (1979) para predecir el abuso sexual en la infancia.

La muestra estaba compuesta por 411 niñas estudiantes. Los sujetos relataron una relativa incidencia (24'3%) de abuso sexual en la infancia. Los resultados indican que los 8 factores del Risk Factor Checklist, utilizado tanto individual como colectivamente, no predicen de

TEMAS D'ESTUDI

manera significativa la victimización sexual. Sólo un factor, la baja renta familiar, es predictivo y otros tres se encaminan en la dirección preventiva. Los resultados sugieren una cierta capacidad para predecir en efecto, la victimización sexual en la infancia.

Para evaluar los signos que pudiesen sugerir abuso sexual, físico o ausencia de abuso, Babiker y Wilkison (1994) examinaron una muestra de 10 niños que habían sufrido abusos sexuales (SA), 15 niños agredidos físicamente (PA) y 10 niños que no habían sufrido ningún tipo de abuso (NA). La evaluación se llevó a cabo a través del dibujo, el test de Rorschach y 2 test temáticos: Object Relations Test (ORT) y Children's ORT (CORT).

Los sujetos que habían sufrido abusos (SA) destacaron de los demás grupos, quizá porque estos niños estaban más perturbados. Para detectar casos de abusos sexual el Rorschach y el ORT eran los más significativos y el CORT era más útil en casos de abuso físico. Pero se debe tener en cuenta que estos tres tipos de evaluación miden distintos niveles o dimensiones de personalidad.

Belkin, Creene, Rodrigue y Boggs (1994) compararon las características de personalidad de 105 pacientes que habían sufrido abuso sexual y 105 pacientes clínicos que no eran víctimas de abuso. Y para ello, utilizaron el MMPI.

Los sujetos víctimas de abuso sexual se caracterizaban más frecuentemente por obtener mayor puntuación en las escalas de Desviación Psicopática y Esquizofrenia, probablemente representando mayores niveles de conflicto interpersonal y alienación social.

En el grupo de sujetos que sufrieron abusos los hombres presentaban mayor psicopatología y una mayor disconformidad social, cuando el abuso se inició entre los 6 y 11 años. Los resultados pueden deberse a los procesos atribucionales asociados con la experiencia del abuso.

Por otra parte, Gregg y Parks (1995) examinaron los expedientes médicos

de 47 mujeres adultas con historia de abuso sexual en la infancia y 43 mujeres adultas sin historia de abuso. Todos los sujetos cumplieron el MMPI-2 durante el proceso de admisión en la clínica y se utilizó la corrección -K en los resultados de las escalas de Depresión, Desviación Psicopática, Esquizofrenia y Trastorno Por Estrés Postraumático (PTSD). Posteriormente, se llevó a cabo el análisis estadístico (MANOVA) para estimar la contribución de las escalas. De los 4 índices psicométricos evaluados, la escala PTSD era la que mejor identificaba los grupos de abuso y de no abuso. Debido al incremento de riesgo de aparición de Trastorno Por Estrés Postraumático en personas que han sufrido abuso sexual, la escala PTSD es de gran utilidad en este tipo de población.

Utilizando el caso de una paciente de 21 años que declaró haber sido víctima de abuso sexual cuando era niña, Verhulst y Tucker (1995) comparan dos aproximaciones de evaluación psiquiátrica: la aproximación médica, que examina las señales físicas, los síntomas y los compara con criterios diagnósticos de varios trastornos, y la aproximación clínica, en la que los clínicos tratan de comprender los síntomas como parte de una historia significativa y como respuestas comprensibles a las condiciones externas.

EFFECTOS DEL ABUSO SEXUAL

El abuso sexual ocurrido durante la infancia o adolescencia tiene efectos demoledores en el ajuste psicológico adulto: depresión, ansiedad, pérdida de autoestima, trastornos de la alimentación, trastornos por estrés postraumático y problemas sexuales (embarazos no deseados), entre otros.

Dent-brown (1993) realizó un estudio sobre los efectos a largo plazo del abuso sexual ocurrido durante la infancia y para ello examinó una muestra de 36 clientes que recibían servicios de salud mental, incluyendo 18 personas

que habían sufrido abuso sexual y 18 que no fueron víctimas de abuso. Se entrevistó a los clínicos para que especificaran los problemas de sus clientes.

Se compararon las respuestas a 38 ítems de pensamientos que eran indicativos de abuso sexual en la infancia (CSA). Trece de ellos se relacionaban significativamente con víctimas de CSA, los más significativos eran los pensamientos suicidas y la insatisfacción sexual.

Los sujetos que habían sufrido abusos comentaron la necesidad de agradecer a otros, tenían pesadillas, narraciones retrospectivas, y lagunas en el recuerdo de su infancia, problemas significativos que no aparecían en los estudios epidemiológicos. Además, la mayoría de las víctimas de CSA presentaban problemas de ansiedad y depresión, aunque muchos miembros del grupo control también los experimentaron.

Las entrevistas autobiográficas de 26 hombres víctimas de abuso sexual durante su infancia, resultaron de utilidad en la identificación de temas psicológicos comunes (Lisak, 1994).

Aproximadamente un número igual de hombres habían sufrido abusos, tanto por agresores varones como por mujeres, quizá la mitad provenían de hogares disueltos o violentos y la mayoría relataron que abusaban de sustancias.

Se identificaron 15 temas psicológicos comunes: ira, traición, miedo, secuelas homosexuales, desamparo, aislamiento y alienación, legitimidad, esquemas negativos sobre sí mismos, problemas con la sexualidad, culparse a sí mismos / culpabilidad y vergüenza / humillación.

A su vez, Colling (1995) examinó los efectos a largo plazo del abuso sexual en la infancia, para ello analizó una muestra de 284 hombres estudiantes universitarios (entre 17-36 años). Los sujetos completaron un cuestionario que incluía medidas de ajuste psicológico, victimización sexual en la infancia y la conducta relacionada con la educación parental.

Una historia de abuso y/o el rechazo parental predecían significativamente las formas de contacto físico y no contacto del abuso sexual. Después de controlar los efectos de las conductas parentales disfuncionales, se encontró una asociación entre una historia de abuso que envolvía contacto físico y un tardío ajuste psicológico.

Por último, Ussher y Dewberry (1995) analizaron la naturaleza y los efectos del abuso sexual en la infancia, para ello estudiaron una muestra de 775 mujeres (entre 25 y 44 años). El 80% de los sujetos había sufrido abuso intrafamiliar, y el 46 % sufrieron abuso incluyendo coito. Por término medio, el abuso comenzó a una edad aproximada de 8'5 años y continuó durante 5'2 años.

La coerción verbal (culpando a su infancia o pensando que la revelación resquebrajaría su familia) y la presencia de amenazas o violencia, seguido por prolongados y repetidos abusos, constituían los más importantes predictores de los efectos a largo plazo. También, eran predictores el abuso sexual con coito o contacto sexual, el abuso perpetrado por un padre o un padrastro, el repetido o prolongado abuso, y una temprana edad de inicio.

La ira, la revelación y las consecuencias de la revelación no se comentaron por los efectos negativos que producían.

Secuelas en la vida adulta

Dalenberg y Jacobs (1994) analizaron la atribución y la culpa en personas que fueron víctimas de abusos sexuales en la infancia. Exploraron la asignación del significado de eventos traumáticos, especialmente como víctimas que luchan por mantener y reconstruir su vida sin un sentido y una seguridad básica.

Sugieren que en la literatura, la atribución preferible en víctimas de abuso sexual es culparse a sí mismos, mientras la evidencia empírica sostiene la existencia de otra culpa, la culpa misma y la culpa social como factores ortogonales sustentadores de este reclamo.

Existen contradicciones significativas a lo largo de los estudios sobre la definición del sí mismo y sostienen que las nuevas investigaciones examinan de una forma más amplia las atribuciones, valorando su exactitud y considerando la posibilidad de evaluar la hipótesis de interacción. Se debería llegar a dimensiones globales y estables de ambas, otra culpa/ culparse a sí mismos.

El efecto del abuso sexual en la infancia en el área social, interpersonal y el funcionamiento sexual en la vida adulta fue examinado por Mullen, Martin, Anderson y Romans (1994).

La muestra estaba constituida por 248 mujeres víctimas de abuso y un grupo control de idéntico número. Los datos obtenidos durante la entrevista evidenciaban asociaciones significativas entre los relatos de CSA y un incremento de problemas sexuales, una reducción de relaciones familiares íntimas por dificultades de confianza, siendo propensos a percibir a sus padres como excesivamente protectores. El CSA era más común en personas que destrozaban y destruían familias, y en sujetos en los que también se llevó a cabo abuso físico y emocional. Esto es una explicación, pero no toda, de la aparente asociación entre CSA y resultados negativos.

En relación con lo expuesto anteriormente, Higgins y McCabe (1994) relacionan el efecto que el abuso sexual en la infancia y la violencia familiar ejercen en el posterior ajuste psicológico adulto. Los autores proponen un modelo integrado riesgo-secuela.

199 mujeres y 54 hombres estudiantes universitarios completaron los cuestionarios: Family and Sexual History Questionnaire, Trauma Symptom Checklist-40 y Rosenberg Self-Esteem Scale. Los factores que mejor discriminaron entre el primer grupo y el grupo control fueron el nivel de violencia familiar, los valores tradicionales de la familia del padre y los padres que fueron punitivos con el sexo. El nivel de violencia familiar predice el ajuste adulto independientemente del abuso sexual en la infancia.

(CSA). Las características y severidad del CSA no predicen el ajuste adulto.

Los resultados indican que la utilización de un modelo integrado de riesgo-secuela del CSA podría evaluar la relación entre CSA y ajuste adulto.

La relación entre el CSA, el self psicológico, los problemas psicossomáticos y el absentismo laboral fue investigada en un estudio realizado por Bendixen, Muus y Schei (1994). Se realizó un muestreo aleatorio de 510 mujeres y 486 hombres estudiantes universitarios (entre 16 y 58 años) y todos ellos respondieron a un cuestionario. 116 de los estudiantes (11'7%) dijeron haber sufrido abusos sexuales durante la infancia, y estaba asociado un amplio rango de problemas de salud, incluyendo dolor genital/infecciones y dolor de cabeza/abdominal/dolor muscular. También se relacionaba con problemas psicológicos como ansiedad, ira e ideación suicida y con problemas somáticos de salud. El absentismo asociado con CSA se incrementaba cuando la severidad del CSA era mayor.

Un año después, Wolfe y Birt (1995) examinan las diferencias individuales en respuesta al abuso sexual en la infancia y comparan las variables comunes a esta población con otros grupos de niños que han experimentado estrés y trauma.

Existe una considerable heterogeneidad entre las víctimas de CSA. Estos niños tienden a mostrar mayores niveles de sintomatología que los niños sin abusos, observación no clínica. Se observan dos áreas problemáticas que diferencian a los niños con CSA: sintomatología del Trastorno Por Estrés Posttraumático (PTSD) y problemas sexuales. Las variables mediadoras de las secuelas del abuso sexual en la infancia incluyen daño físico con CSA, la edad de los niños durante el CSA, el tiempo de revelación y el tiempo de evaluación psicológica, y el estilo atribucional de los niños y las variables familiares.

La investigación sugiere la necesidad de una cuidadosa evaluación multidisciplinar, del abuso-global y del abuso-

TEMAS D'ESTUDI

específico, y la consideración de factores que avivan las secuelas del abuso sexual en la infancia.

Consecuencias de la Revelación del abuso

Existe la evidencia de una alta incidencia del abuso sexual en la infancia en población adulta psiquiátrica y algunos profesionales han observado un empeoramiento de la sintomatología, durante el tiempo de revelación (McNulty y Wardle, 1994).

La revelación del abuso sexual puede resultar en hostilidad y rechazo de respuestas de los otros significativos en la red de apoyo social de las víctimas. Por ello, la revelación del abuso debe ser una primera causa de angustia psicológica, que desencadena la disolución de los sistemas de apoyo social e incrementa la vulnerabilidad de los individuos para el desorden psiquiátrico. Los autores sugieren que los terapeutas deberían ayudarles desarrollando estrategias para ejercer un control efectivo y no amenazador sobre las reacciones de los otros significantes, mediante el grupo y terapia de apoyo.

Lamb y Edgar-Smith (1994) investigaron la relación entre la revelación del abuso sexual en la infancia y los resultados adultos.

Se realizó una entrevista telefónica a 57 adultos víctimas de abuso sexual en la infancia (45 mujeres y 12 hombres) considerando su historia de abuso sexual, historia de repetidas revelaciones y su actual funcionamiento socioemocional. El número de revelaciones no se relataron en el Brief Symptom Inventory como medida del funcionamiento adulto. Las reacciones de las revelaciones adultas se percibieron como significativamente más beneficiosas que las reacciones de la revelación en la infancia. La revelación más directa producía una reacción más negativa. Con este estudio se trataba de ver si la revelación del abuso sexual tenía un efecto curativo.

También, se examinó el efecto de revelación que el abuso sexual en la

infancia tiene sobre el funcionamiento psicológico adulto (Roesler, 1994).

El cuestionario que analizaba experiencias traumáticas en la adolescencia lo completaron 188 adultos y también explicaron su reacción y la de la primera persona a la que ellos hablaron de su abuso sexual. Los sujetos también completaron el Symptom Checklist que medía depresión, síntomas del trauma, síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (PTSD) y disociación.

Se analizaron los datos utilizando el análisis de regresión múltiple y el modelo de Path análisis. Los resultados sugieren, que los 66 sujetos que hablaron en su niñez del abuso tuvieron una significativa peor reacción al revelar el abuso que sufrieron, que los 122 sujetos que esperaron hasta la adolescencia.

Los sujetos que hablaron en su niñez, primero tuvieron un carácter reservado respecto a sus familiares, la reacción de revelación tuvo un efecto mediador entre el abuso en la niñez y los síntomas adultos, en esta experiencia una mala reacción de la primera persona a la que se habló tuvo peores secuelas en general sobre los síntomas del trauma, los síntomas de PTSD y disociación.

Para finalizar, Berlíne y Coonte (1995) realizaron un estudio en el que se entrevistaron 82 niños (media de 12'5 años) que habían sufrido abuso sexual y sus familias con la experiencia de revelación e intervención, en un promedio de 3'5 años después.

Los niños y los padres completaron una prueba de aflicción para discriminar entre niños que fueron abusados y los que no lo fueron. Los niños narraron primero experiencias favorables y proporcionaron descripciones clínicamente útiles de los aspectos positivos y negativos de la intervención. Un mayor contacto con intervenciones profesionales se asociaban a un mayor incremento de la angustia

TRASTORNOS EMOCIONALES

Oates, O'Toole, Lynch y Stern (1994) examinaron a 64 niños que habían sufrido abuso sexual (entre 5 y 15 años) y a sus familiares, durante la entrada y durante un seguimiento de 18 meses.

La evaluación incluía medidas de autoestima aplicadas a la edad de los sujetos, The Children's Depression Inventory y Achenbach Child Behavior Checklist, un dispositivo de evaluación familiar y una entrevista estructurada. Los niños control y sus familias fueron similarmente evaluados. Los terapeutas proporcionaron información sobre tipos y duración de la terapia. La autoestima de los niños control, depresión y escalas de conducta mostraban pequeños cambios a lo largo del tiempo. Las escalas de abusos en niños oscilaban en un rango normal, pero el 56 % permanecían en un rango disfuncional de autoestima, el 48% en la conducta y el 35% en depresión. La mejora de la conducta del niño se asociaba a una mejora en el funcionamiento

El papel de la vergüenza del cuerpo como mediador entre el abuso sexual y físico, y la depresión fue investigado por Andrews (1995), en una muestra de 101 mujeres durante un seguimiento de 8 años.

En general, en adolescentes y en adultos que sufrieron abuso se observó ocurrencia de depresión en el período de estudio, considerando ambas variables juntas. Sólo el abuso de adultos se muestra independiente, siendo la Depresión Crónica o Recurrente. La vergüenza corporal se asociaba con abusos a adolescentes y esta asociación no se pudo explicar como insatisfacción por el cuerpo o como baja autoestima. Sin embargo, cuando el abuso ocurrió en adultos la vergüenza corporal se relacionaba con Depresión Crónica o Recurrente, cuando ambos factores se consideraron juntos y los síntomas depresivos estaban controlados.

Por otro lado, Andrews, Valentine y Valentine (1995) estudiaron la relación entre el abuso sexual y físico en la ado-

lescencia con la depresión y los Trastornos de Alimentación, en una muestra de 95 madres (entre 35 y 55 años) y en 76 de sus hijos (entre 15 y 25 años).

Se llegó a la conclusión de que la depresión era más común en las madres que en las hijas, utilizando el Bealford College como criterio de casos, pero la diferencia decreció cuando se utilizó la Research Diagnostic Criteria. La Bulimia era más común en las hijas. Tanto el abuso físico como el sexual se asociaron a Depresión Crónica y Recurrente, pero no con simples episodios de depresión en las madres. Mientras que el vínculo de depresión con el abuso, mostró sólo una débil tendencia en las hijas. Tanto el abuso físico como el sexual se relacionaban con Bulimia en las hijas pero no en las madres, tan sólo una madre tuvo también este trastorno.

En algunas ocasiones la depresión es tan fuerte que las personas que la padecen pueden llegar a tener ideaciones suicidas. De este modo, Peters y Range (1995) compararon la conducta suicida y las cogniciones disuasivas para suicidarse, en 135 mujeres y 132 hombres estudiantes universitarios, utilizando ambos una estricta definición del abuso sexual.

En los sujetos que fueron abusados por adultos o compañeros se dieron más casos de suicidio al llegar a la madurez que en los sujetos que no tenían historia de abuso. Los grados de suicidio eran similares en mujeres, pero tenían más creencias de afrontamiento y más miedo al suicidio. Los que entienden el abuso sexual con contacto son más suicidas y sienten menos capacidad de afrontamiento y menos responsabilidad con sus familias que los sujetos que no fueron abusados.

TRASTORNOS DISOCIATIVOS

Zlotnick, Begin, Shea y Pearlstein (1994), examinaron el parentesco entre las características específicas del

abuso sexual y las experiencias disociativas en la madurez.

La muestra estaba compuesta por 56 mujeres con una historia de experiencias físicas anales severas. El abuso sexual para un gran número de sujetos que habían sufrido abuso sexual fue relatado con un elevado nivel de disociación (específicamente 4 o más agredidos mostraron una gran sintomatología disociativa). La edad de comienzo del abuso no resultó ser un factor significativo.

La relación entre patrones disociativos (agudo y crónico), la ansiedad somatizada y su correlación con un seguimiento específico de variables del abuso sexual en la infancia (identidad del agresor, severidad del abuso, y frecuencia y duración del abuso) fue observada por Maynes y Feinauer (1994).

Se evaluaron las respuestas de 226 sujetos en base a la Dissociation Scale y al Trauma Symptom Checklist-33. El análisis de regresión múltiple mostró una correlación positiva entre la severidad del abuso, disociación y patrones de ansiedad somatizada.

El Trastorno Múltiple de Personalidad es también un trastorno disociativo relacionado con el abuso sexual en la infancia (Migdow, 1994).

El autor realiza una discusión sobre la organización de la psique en respuesta a la culpa, particularmente en casos extremos de abuso sexual en la infancia, que provoca el Trastorno de Personalidad Múltiple (MPD). El potencial de la culpa surge en la etapa anal en los niños y en el momento en que los niños tienden a ver la conducta de él o de ella y así mismos como uno.

El abuso sexual en la infancia se origina y es el resultado de un ciclo de silencio que envuelve culpa, desamparo y reserva, de forma generacional. El caso de una mujer de 38 años con MPD que fue víctima de abuso sexual en la infancia y que ha sufrido Trastorno Por Estrés Postraumático (PTSD) ilustra los posibles daños que emergen de situaciones que crean una culpa extrema

TEMES D'ESTUD

TRASTORNOS DE ANSIEDAD

La relación entre el abuso sexual o físico en la infancia y los Trastornos de Ansiedad fue analizada por Mancini, Van Amerigen y MacMillan (1995). Los autores examinaron los Trastornos de Ansiedad que pudiesen tener 205 adultos pacientes externos de una clínica. Los sujetos completaron el Child Maltreatment History - Self - Report y diferentes medidas de ansiedad, depresión y ajuste social.

El 23'4% de los sujetos había sufrido abuso sexual durante la adolescencia y el 44'9% había sufrido abuso físico. Los resultados del estudio demostraron que existe una prevalencia más elevada de deterioro del funcionamiento social en los sujetos con abuso, y a lo largo de su vida el diagnóstico de Depresión Mayor y de ansiedad estado/rasgo es más probable. El abuso ocurrido durante la adolescencia afectaba la severidad del Trastorno de Ansiedad y también la presencia de Depresión Mayor Recurrente.

TRASTORNOS DE LA ALIMENTACION

Las características clínicas de los Trastornos de la Alimentación y su relación con el abuso sexual ha constituido un tema de estudio para muchos investigadores.

Kinzl, Traweger, Guenther y Biebl (1994), examinaron la posible relación entre la experiencia familiar negativa y el abuso sexual en la infancia sobre el desarrollo posterior de Trastornos de la Alimentación.

La muestra estaba compuesta por 202 mujeres estudiantes universitarias. Estos sujetos completaron un lista que examinaba el abuso sexual, el Biographic Inventory For Diagnosis Of Behavioral Disturbance y The Eating Disorder Inventory (EDI). Los resultados indicaron que 44 sujetos fueron víctimas de abuso sexual en su infancia. No existían diferencias significativas sobre la puntuación total o los resultados de la subescala del EDI.

TEMAS D'ESTUDI

En resumen, los resultados sugieren que el abuso sexual en la infancia no es necesario o suficiente para el desarrollo posterior de un Trastorno de la Alimentación, mientras que un ambiente familiar adverso debe ser un importante factor etiológico.

Para determinar si el abuso sexual en la infancia (físico y psicológico) y abuso múltiple habían influido en el desarrollo de Bulimia Nerviosa, se evaluaron dos grupos de sujetos: el primer grupo lo constituían 80 mujeres con una historia a lo largo de su vida de Bulimia Nerviosa (BN) y el segundo grupo estaba compuesto por 40 mujeres sin historia de Trastornos de la Alimentación (Rorty, Yager y Rosotto, 1994).

Los sujetos participaron en entrevistas estructuradas diagnósticas y completaron cuestionarios estimando hábitos de alimentación y experiencia de abuso en la infancia.

Se concluye que, los sujetos con Bulimia Nerviosa (BN) reportaron mayores niveles de abuso físico, psicológico y abuso múltiple durante su infancia. Y contrariamente a lo esperado, los valores de abuso sexual no diferencian entre los grupos, excepto en combinación con otras formas de abuso.

Schoof y McCanne (1994), examinaron la relación entre el abuso sexual y físico en la infancia, la imagen distorsionada del cuerpo (BID) y la sintomatología de los Trastornos de la Alimentación. Los sujetos fueron distribuidos en tres grupos atendiendo a la historia de abuso: sujetos que sufrieron abuso sexual antes de los 13 años ($n=29$), sujetos con abuso físico antes de los trece años ($N=32$) y sujetos sin historia de abuso sexual ($N=29$). Todos los sujetos completaron medidas de EDS, factores psicológicos relacionados con Trastornos de la Alimentación y BID.

Los resultados indican que, tanto el abuso sexual como el físico no estaban relacionados con Trastornos de la Alimentación. Los sujetos que han sufrido abuso físico ponen mayores esperan-

zas para sus logros personales que los sujetos que no han sufrido abuso alguno. Además los sujetos con abuso físico tienen una mayor dificultad en identificar emociones o sensaciones de hambre y saciedad, que los sujetos que fueron agredidos sexualmente.

Un contacto clínico posterior con los trastornos de la alimentación (Fullerton, Wonderlich y Gosnell, 1995) se llevó a cabo con 712 mujeres pacientes con Trastornos de la Alimentación (entre 11 y 54 años), se les preguntó si sufrieron abuso físico o sexual cuando niñas y cumplieron el Beck Depression Inventory (BDI) y el Eating Disorders Inventory (EDI), se determinó la frecuencia y severidad de los síntomas del Trastorno de la Alimentación y se les preguntó sobre la existencia de problemas con el alcohol, si habían intentado suicidarse, o tuvieron problemas de robo de tiendas.

De los 712 sujetos, el 29 % había sufrido abuso sexual y el 25% abuso físico. Se observó que no existía correlación entre los sucesos de abuso, y la frecuencia y severidad del síntoma. Por otra parte, los sujetos que habían sufrido abusos mostraban estar más deprimidos en el BDI y una mayor alteración psicológica en el EDI. Por último, los sujetos con abuso tenían mayores problemas con el alcohol, intentos de suicidio o robo de tiendas.

Por último, Tobin, Maltein y Elin (1995) describieron el caso de dos mujeres (entre 43 y 46 años) con Anorexia y discutieron sobre el patrón de síntomas encontrado en sujetos que desarrollan Trastornos de la Alimentación en una edad posterior. Este patrón incluye: (1) severo abuso sexual y físico por miembros familiares, (2) relativamente un buen ajuste premórbido, (3) hipomanía, comer mucho y obesidad mórbida y (4) un pronunciado cambio en las conductas de alimentación seguido por un trauma médico que ocurre después de 30 años. Este trauma interrumpe previamente la adaptación

hipomaniaca y resulta en una severa restricción, purgándose y perdiendo dramáticamente peso.

Durante la pérdida de peso y el restablecimiento del mismo, los pacientes demostraron un significativo problema disociativo, incluyendo humor disociado y trastornos de personalidad (por ejemplo, Trastorno de Personalidad Múltiple), un comportamiento destructivo sobre sí mismos, episodios repitiendo el trauma temprano y evitación de la comida, como una vía para manejar los síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático.

TRASTORNOS PSIQUIATRICOS

La relación entre el abuso sexual en la infancia (CSA) y los Trastornos Psiquiátricos fue estudiada por Palmer, Bremble, Metcalfe y Opperheimer (1994).

Los investigadores examinaron 115 hombres ($x = 32.4$ años) con Trastornos Psiquiátricos atendidos en práctica general y 100 mujeres pacientes psiquiátricas ($x = 35.4$ años). En resumen, los pacientes psiquiátricos narraron más acontecimientos serios en la edad de 13 años que los pacientes atendidos en práctica general. Sin embargo, no se detectaron diferencias significativas entre los 13 y los 15 años. El abuso sexual en la infancia antes de la edad de 13 años estaba asociado a un mayor desorden psiquiátrico posterior; quizá la naturaleza de la asociación fuera un recuerdo dudoso.

Jackson (1994), examinó la eficacia de la psicoterapia en pacientes con severa enfermedad mental crónica que fueron víctimas de abuso sexuales en la infancia.

Tres casos de pacientes externos en tratamiento en el centro, muestran cómo el terapeuta trabaja el abuso sexual en la infancia y cómo este trabajo puede ayudar a tratar la impulsividad de los pacientes borderline, ayu-

dándoles a expresar de forma moderada sus afectos intensos y aumentar el control sobre sus impulsos.

Además, la psicoterapia puede ser útil en la comprensión y alivio de los síntomas psicóticos de los pacientes esquizofrénicos crónicos e incluso el breve trabajo terapéutico puede ser beneficioso en pacientes mentales crónicos que están sufriendo de una también, crónica baja autoestima asociada con el abuso.

Darnes-Barnez, Lampière y Gaillard (1995), examinaron el impacto del abuso sexual en 64 mujeres con esquizofrenia y 26 mujeres con trastorno bipolar, los cuales contestaron a una batería de valor clínico y un cuestionario semiestructurado.

El 36% de los sujetos esquizofrénicos y el 28 % de los sujetos con trastorno bipolar, fueron víctimas de abuso sexual (incluyendo contacto carnal) durante su infancia o adolescencia. En sujetos esquizofrénicos, el abuso sexual era asociado con adicciones, ataques suicidas y se convirtieron en pacientes psiquiátricos muy pronto.

Tanto en el grupo de sujetos esquizofrénicos como en el grupo de sujetos con trastorno bipolar la prevalencia de violación era del 23 %. Aunque en sujetos esquizofrénicos la violación se asociaba con una mayor severidad del desorden y adicción. La repetición frecuente del trauma era mayor en este grupo de sujetos, siendo los traumas menos frecuentes en sujetos con trastorno bipolar. Los resultados indican que estos sujetos son indicador del riesgo de la violación.

TRASTORNOS REACTIVOS

Sharpe, Terreir y Rotundo (1994), presentan el caso de una mujer de 19 años que sufrió abuso sexual 7 años antes por su tío paterno y que mostraba síntomas de Trastorno Por Estrés Posttraumático (PTSD).

La Terapia Cognitiva y las Técnicas de

Modificación de Conducta son satisfactorias para el tratamiento de la amnesia, disociación y despersonalización.

En el caso de esta paciente se utilizó la Desensibilización Sistemática para resolver el problema del pensamiento intrusivo y el relato de imágenes incluyendo a su padre. El estudio enfatiza la importancia de realizar un análisis funcional del papel de la despersonalización y los estados disociativos sin el ambiente del paciente, y destacar la importancia de la valoración por oculta o manifiesta que sea, de los síntomas del Trastorno Por Estrés Posttraumático con el objetivo de neutralizarlos.

DOLOR CRÓNICO

Se llevaron a cabo estudios que enlazaban el abuso sexual en la infancia con el dolor crónico y se puso en tela de juicio el impacto del abuso sexual sobre el proceso de rehabilitación en clientes con dolor crónico (Alston y Lenhoff, 1995).

Los autores recomiendan que durante el tiempo que dure la rehabilitación los terapeutas trabajen con estos clientes para incrementar la eficacia en sí mismos y su poder, que se familiaricen con la etiología y tratamiento del dolor crónico y abuso sexual, que les ayuden a reconocer varios caminos para las víctimas de abuso sexual para salir adelante con su problema y también que reconozcan cómo las actitudes sociales afectan a las actitudes individuales (por ejemplo: responsabilizando a la víctima).

Además, los terapeutas deberían examinar las secuelas del abuso sexual (por ejemplo: sentimientos de impotencia o depresión) durante la rehabilitación, particularmente en relación con las habilidades, motivación y ayuda al dolor.

De este modo, el abuso sexual en la infancia y adolescencia debía tener un extenso rango de influencia sobre la calidad de vida y el riesgo en la salud

TEMES D'ESTUD

del comportamiento de los hombres homosexuales. De ahí, la importancia de incrementar y diseñar servicios médicos y psicológicos para hombres con abuso sexual.

PROBLEMAS DE CONDUCTA

La relación entre la victimización sexual en la adolescencia y el número de víctimas narrado por 40 convictos agresores sexuales en la infancia, fue investigada por Renshaw (1994).

Los sujetos fueron entrevistados, realizaron una prueba con polígrafo y contestaron a algunos test psicológicos. Los resultados del estudio revelaron que, aquellos sujetos que fueron víctimas de abuso sexual durante su infancia narraron quizá el triple de víctimas que los 20 que no sufrieron abusos sexuales. Luego, para tratar al agresor sexual será necesario la evaluación, tratamiento y resolución del trauma de su niñez.

Campbell (1994), habló de la necesidad de crear un diagnóstico diferencial para estimar los abusos sexuales en la infancia y adolescencia.

La pubertad y los problemas del desarrollo que ocurren durante la adolescencia crean conflictos que deben contribuir a la conducta abusiva (AB). El papel del yo ideal, la imagen sexual del cuerpo y la culpa son variables consideradas por los adolescentes, a partir de haber sufrido abuso sexual y subsiguientes víctimas de conducta abusiva.

Por último, se discute el resultado de la transferencia y contratransferencia dinámicas cuando se trata con adolescentes víctimas de abuso sexual en la infancia y adolescencia.

Posteriormente, se llevó a cabo un estudio que relacionaba los problemas de conducta con el abuso sexual (Van Grijsseghem y Gauthier, 1994).

La investigación se realizó atendiendo a tres grupos de chicos (entre 13 y 19 años). El grupo control (n=181) al que se le administró una batería de:

TEMAS D'ESTUDI

cuestionarios y 2 grupos clínicos, el primero: sujetos con problemas de conducta sexual (n=62) y el segundo: sujetos con problemas de conducta de naturaleza no sexual (n=107).

Las mujeres pertenecientes a los grupos clínicos habían experimentado frecuentemente abuso con penetración, con una mayor edad. El abuso revelado en el grupo de control fue inferior; envolviendo sólo caricias y ocurrido a una edad temprana. En resumen, considerando únicamente los grupos clínicos, los desórdenes de conducta sexual estaban asociados a una mayor frecuencia, severidad y reacción de miedo en el abuso sexual durante la adolescencia.

Por otra parte, Cashwell, Blass y McFarland (1995) discutieron sobre el comportamiento sexual agresivo de niños y adolescentes víctimas de abusos sexuales. Observando el panorama de la literatura contemporánea sobre la reactividad sexual, ofrece explicaciones teóricas de la incidencia sexual de la temprana intervención de este fenómeno.

Las dos aproximaciones psicológicas para explicar la incidencia de la reactividad son la aproximación conductual y la aproximación psicodinámica, sometidas a discusión cuando se trata el tema del asesoramiento. En conclusión, es importante realizar prevención de este problema tanto a nivel primario, como secundario y terciario.

ABUSO DE SUSTANCIAS

Por otra parte, Goodale y Stoner (1994) examinaron la relación entre depresión, abuso de alcohol y el abuso sexual en la infancia en 43 mujeres.

Los resultados del Beck Depression Inventory, fueron comparados con 23 mujeres alcohólicas que fueron víctimas de abuso en su niñez y 20 mujeres alcohólicas que no recuerdan haber sufrido abuso sexual. Primero, se realizó un análisis de varianza (ANOVA) para

establecer la edad en la cual el alcohol fue utilizado con regularidad.

En conclusión, el grupo de personas víctimas de abuso mostraron puntuaciones significativamente mayores en las escalas de depresión que en el grupo sin abuso, pero no se encontraron diferencias significativas sobre la edad en la que los dos grupos empezaron a beber regularmente. En consecuencia, se recomienda el tratamiento simultáneo del abuso de alcohol y el trauma de abuso sexual en la infancia.

PREVENCIÓN

Kaufman, Harback-Weber y Rudy (1994), intentaron replicar los descubrimientos de L.E. Burlin y C.F. Johnson. Para ello, valoraron la eficacia de una escala de intervención tipo Likert, atendiendo a las respuestas de 16 víctimas intrafamiliares, 16 perpetradores intrafamiliares y 15 perpetradores extrafamiliares de abuso sexual en la infancia.

Los resultados indican, que no existen diferencias entre los tres grupos y que tanto las víctimas como los agresores tuvieron dificultad en discriminar los 12 tópicos de prevención, quizá porque los ítems eran demasiado globales o porque respondieron ítems de deseabilidad social. Las preguntas abiertas y cerradas de los sujetos al identificar factores que podrían disuadir luego de la persecución de víctimas de un abuso particular, indican que hay diferentes habilidades de prevención o estrategias que serán efectivas y diferentes etapas de parentesco de la víctima ofendida.

Otra forma de prevención es enseñar a los niños que "es justo decir no" al abuso sexual en la infancia.

Sin esta aproximación, dice Sang (1994) los niños se sienten culpables por no ser capaces de detener el abuso e incluso piensan en ocasiones, que ellos lo han provocado. Estos puntos se manifestaron en grupos de discusión

formados por chicos entre 10 y 14 años que culpaban a la víctima del abuso sexual y rechazaban la importancia de revelar el abuso, excepto cuando el grupo de discusión lo formaron chicas o niñas pequeñas. No obstante, muchos de los chicos fueron identificados por haber sido molestados o víctimas de abuso sexual.

TRATAMIENTO

Los tratamientos utilizados en casos de abuso sexual en la infancia y adolescencia son múltiples y variados, son distintos porque deben adaptarse a la sintomatología de los pacientes, siendo ésta también diferente en cada caso.

Harris (1993) estudia la eficacia de la Hipnosis como tratamiento en casos de abuso sexual. El autor narra el caso de una mujer de 26 años que presentaba ideas suicidas, depresión, ira y un severo deterioro en el funcionamiento sexual a causa del abuso en la infancia por un miembro de su familia.

Para ayudar a esta paciente a superar los sentimientos de impotencia, engendrada por el abuso, se utilizó la Hipnosis incorporando imágenes de competencia y eficacia. Este tratamiento resultó el más efectivo para que la mujer resolviese sus recuerdos traumáticos.

Algunos clínicos han trabajado con víctimas masculinas que sufrieron abusos sexuales en la infancia y han diferenciado entre formas en que los hombres y las mujeres resuelven los problemas de afecto y separación. Escritoras feministas contemporáneas han identificado tales estudios.

Se cree que los hombres más que las mujeres, tienden a responder a la ansiedad con agresión, actividades destructoras y respuestas fóbicas contrarias a la vulnerabilidad.

La actividad destructiva es una forma de alejarse del dolor y de la depresión, y es un esfuerzo para reclamar la vitalidad y la creatividad.

En resumen, los terapeutas deberían: (1) preparar a sus clientes para la emergencia de estos comportamientos durante la terapia, (2) reconocerlos, validarlos e incluirlos en un ambiente sustentador y (3) resolverlos para ayudar al cliente a crear un balance entre intimidad e independencia (Hepburn, 1994).

La Terapia Cognitiva Analítica es una estrategia eficaz en el tratamiento del abuso sexual en la infancia, así lo ponen de manifiesto Clarke y Llewelyn (1994), llevando a cabo un estudio que relacionaba la victimización de personas que habían sufrido abuso sexual en la infancia y el uso de la Terapia Cognitiva Analítica (CAT). La muestra estaba compuesta por 7 mujeres víctimas de abuso sexual en la infancia, 6 de las cuales habían experimentado victimización y 5 de las cuales se autocriticaban.

Los resultados indicaron que los perfiles de las víctimas de abuso tenían un componente central de parentesco que hacía posible la repetición del abuso.

Por otra parte, Silovsky y Hembree-Kigin (1994) examinaron la investigación reciente sobre la eficacia de la familia y las intervenciones del grupo de niños víctimas de abuso sexual, integrando la información del tratamiento de una variedad de fuentes como guía para la familia y las intervenciones en grupo.

Se sugiere que los resultados controlados de la investigación, son necesarios para la eficacia de la intervención en la familia y del grupo, y para optimizar los servicios alternativos disponibles para el control de las listas de espera. La utilización del tratamiento debe estimar los efectos a largo plazo que puedan ocurrir.

La literatura conceptual y la revisión de casos empíricos de estudio, que examinan o discuten las técnicas de tratamiento para mujeres adultas víctimas de abuso sexual en la infancia en terapia individual, fue valorada por Pearson (1994).

Las técnicas se dividen en 11 categorías: técnicas de vínculo-construcción;

interrogatorio; técnicas de familia de origen; técnicas de escritura; trabajo gestalt, role-playing y psicodrama; análisis transaccional y trabajo interno con niños; hipnoterapia e imaginación orientada; técnicas cognitivas; técnicas conductuales; entrenamiento en vida-habilidades y otras técnicas.

En conclusión, existe una variedad de técnicas utilizadas para dirigir las únicas necesidades y secuelas de las mujeres adultas víctimas de abuso sexual en la infancia. Sin embargo, se puede determinar qué técnicas son más eficaces para el tratamiento de dichas secuelas.

Una aproximación diferente es la propuesta por Caffaro (1995), al relacionar los efectos del trauma del abuso sexual con el proceso del desarrollo de la identificación.

Las víctimas infantiles que conviven con familias violentas muestran cambios profundos de carácter cuando son adultos. Una primera adaptación utilizada por las víctimas del trauma del abuso es terminar la identificación del agresor. Ambas manifestaciones, patológica y adaptativa, existen tanto en niños como en adultos.

El autor presenta el caso clínico de tres hombres y tres mujeres (entre 8 o más años) que sufrieron abuso sexual, para clarificar el impacto del trauma relacionado con el proceso de identificación, tanto en niños como en adultos. Durante el tratamiento los clientes deben cooperar con sus terapeutas, siendo las interacciones entre ellos semejantes a sus traumatizaciones originales. Durante estas recreaciones terapéuticas los clientes exhiben la conducta que representa una identificación con sus agresor, en consecuencia expresan una no resulta agresión hacia el terapeuta.

En consecuencia, la efectividad del terapeuta vendrá determinada por la tolerancia que tenga respecto a su propia agresión y permanezca conectado con su cliente de forma empática.

TEMES D'ESTUDI

CONCLUSIONES

El abuso sexual a menores, como indican los datos epidemiológicos, es un problema internacional y afecta a una proporción elevada de niños/as y adolescentes.

Si este es un dato desolador, no deja de serlo también la gran variedad de efectos a corto y a largo plazo que produce en sus víctimas. Efectos, que están en función de diversas variables, tales como: la edad de inicio del abuso, el número de veces en que se repite el mismo, la severidad con que éste es perpetrado, el grado de parentesco entre el agresor y la víctima, entre otros.

Una edad temprana en el inicio del abuso, la repetición del mismo, un mayor contacto sexual con la víctima y un fuerte parentesco entre el agresor y la víctima, son variables que indican un pronóstico más difícil y un desarrollo posterior de diferentes trastornos psiquiátricos y psicológicos: Trastorno Por Estrés Postraumático, Trastorno de Personalidad Múltiple, Trastorno Somatoforme, Trastorno Disociativos, Trastorno Esquizofrénico y Dolor Crónico.

Pero, no sólo las personas que han sufrido abusos sexuales con gran severidad desarrollan problemas a largo plazo, también sufren diversos problemas aquellas víctimas de abuso durante su infancia y adolescencia: aparecen más embarazos no deseados, una gran prevalencia e incidencia de Depresión, Trastornos de Ansiedad, Trastornos de la Alimentación, problemas sexuales, problemas a nivel familiar, social y laboral, y lo que actualmente está siendo motivo de preocupación, problemas de reactividad sexual es decir, el hecho de que personas que anteriormente han sido víctimas de abuso sexual cuando eran niños o adolescentes, sean ahora agresores a su vez de menores.

La revelación del abuso produce efectos diferentes si se realiza durante la infancia o durante la adolescencia, siendo menos perturbadora para la per-

TEMES D'ESTUDI

sona si se revela el abuso en la adolescencia.

El tratamiento debe ajustarse a cada paciente, pues existen diferencias individuales y de género, y variará dependiendo de la orientación de cada psicoterapeuta. Como podemos observar en la revisión, la Hipnosis, las Técnicas de Modificación de Conducta y la Terapia Cognitiva, son algunas técnicas cuya efectividad es defendida.

La Psicología Clínica y de la Salud, es un libro abierto e inacabado, y en una de sus páginas se escribe "Epidemiología, Evaluación y Tratamiento del abuso sexual en la infancia y Adolescencia"; que los psicólogos no pasemos por alto esta página pues es algo que debemos conocer.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Psychological Abstracts (Enero - Diciembre 1995)
- Alston, Reginald J. & Lenhoff, Karen. (1995). "Cronic pain and childhood sexual abuse: implications for rehabilitation education", *Rehabilitation Educacion*, Vol. 9 (1), 37-49.
- Andrews, Bernice; Valentine, Elisabeth R. & Valentine, John D. (1995). "Depression and eating disorders following abuse in childhood in two generations of women", *Brithis Journal of Clinical Psychology*, Vol. 34 (1), 37-52.
- Andrews, Bernice. (1995). "Bodily shame as a mediator between abusive experience and depression", *Journal of Abnormal Psychology*, Vol. 104 (2), 277-285.
- Babiker, Gloria & Wilkison, Norman W. (1994). "The psychological detection of abuse: Snags and pitfalls", *Brithis Journal of Projective Psychology*, Vol. 39 (1), 10-22.
- Belkin, David S.; Creene, Anthony F; Rodrigue, James R. & Boggs, Stephen R. (1994). "Psychopathology and history of sexual abuse", *Journal of Interpersonal Violence*, Vol. 9 (4), 535-547.
- Bendixen, Mons; Murus, Karen M. & Schei, Berit. (1994). "The impact of child sexual abuse: A study of a random sample of Norwegian students", *Child Abuse & Neglect*, Vol. 18 (10), 837-847.
- Bergner, Raymond M.; Delgado, Leslie K. & Greybill, Daniel. (1994). "Finkelhor's Risk Factor Checklist: A cross-validation study", *Child Abuse & Neglect*, Vol. 18 (4), 331-340.
- Berline, Lucy & Coonte, John R. (1995). "The effects of disclosure and intervention on sexually abused children", *Child Abuse & Neglect*, Vol. 19 (3), 371-384.
- Caffaro, John V. (1995). "Identification and trauma: An integrative-developmental approach", *Journal of Family Violence*, Vol. 10 (1), 23-40.
- Campbell, Donald. (1994). "Broaching the shame shield: thoughts on assessment of adolescent child sexual abusers", *Journal of Child Psychotherapy*, Vol. 20 (3), 309-326.
- Casals Campos, Esperanza; Garrido Genovés, Vicente y Tur Cotaina, Francisca. (1996). "Implicaciones sociales, psicológicas y jurídicas de las agresiones sexuales a menores", *Informació Psicològica*, Núm. 60, 26-36.
- Cashwell, Craig S.; Blass, Kim K. & McFarland, Jill E. (1995). "From victim to client: Preventing the cycle of sexual reactivity", *School Counselor*, Vol. 42 (3), 293-238.
- Clarke, Sue & Llewelyn, Sue. (1994). "Personal constructs of survivors of childhood sexual abuse receiving cognitive analytic therapy", *Journal of Medical Psychology*, Vol. 67 (3), 273-289.
- Colling, Steven J. (1995). "The long-term effects of contact and noncontact forms of child sexual abuse in a sample of university men", *Child Abuse & Neglect*, Vol. 19 (1), 1-6.
- Chaffin, Marks. (1994). "Research in action: assessment and treatment of child sexual abusers", *Journal of Interpersonal Violence*, Vol. 9 (4), 561.
- Dalenberg, Constance D. & Jacobs, Dolores A. (1994). "Attributional analyses of child sexual abuse episodes: empirical and clinical issues", *Journal of Child Sexual Abuse*, Vol. 3 (3), 37-50.
- Darnes-Barnez, J-M; Lampière, T; Legiovani, A. & Gaillard, P. (1995). "Sexual victimization in women with schizophrenia and bipolar disorders", *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, Vol. 30 (2), 78-84.
- Dent-Brown, Kim. (1993). "Child sexual abuse: Problems for adult survivors", *Journal of Mental Health (UK)*, Vol. 2 (4), 329-338.
- Finkelhor, David. (1994). "The international epidemiology of child sexual abuse", *Child abuse & Neglect*, Vol. 18 (5), 409-417.
- Fullerton, Donald T; Wonderlich, Stephen A. & Gosnell, Blake A. (1995). "Clinical characteristics of eating disorder patients who report sexual or physical abuse", *International Journal of Eating Disorders*, Vol. 17 (3), 243-249.
- Goodale, Tammy S. & Stoner, Sue B. (1994). "Sexual abuse as a correlate of women's alcohol abuse", *Psychological Reports*, Vol. 73 (3, PT. 2), SPEC ISSUE, 1456-1498.
- Gregg, Gary R. & Parks, Evan D. (1995). "Selected Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 Scales for identifying women with a history of sexual abuse", *Journal of Nervous & Mental Disease*, Vol. 183 (1), 53-56.
- Hanna, Edward. (1994). "The relationship between psychic reality and trauma with special reference to an adult patient who was sexually abused as a child", *Clinical Social Work Journal*, Vol. 22 (4), 355-368.
- Harris, Gina M. (1993). "Hynosis for child sexual abuse: A case study", *International Journal of Psychosomatics*, Vol. 1 (4), 84-85.
- Hepburn, James M. (1994). "The implications of contemporary feminist theories of development for the treatment of male victims of sexual abuse", *Journal of Child Sexual Abuse*, Vol. 3 (4), 1-18.
- Higgins, Daryl J. & Mc Cabe, Marita P. (1994). "The relations of child sexual abuse and family violence to adult adjustment: Toward an integrated risk-

- sequelae model", *Journal of Sex Research*, Vol. 31 (4), 255- 266.
- Holman, E. Alison & Stokols, Daniel. (1994). "The environmental psychology of child sexual abuse", *Journal of Environmental Psychology*, Vol. 14 (3), 237-252.
- Jackson, Marianne. (1994). "Psychotherapy for chronic psychiatric patients who are survivors of child sexual abuse", *Psychotherapy*, Vol. 31 (3), 391-397.
- Kaufman, Keith L; Harback-Weber, Cynthia & Rudy, Leslie. (1994). "Rexamining the efficacy of child sexual abuse prevention strategies victim's and offender's attitudes", *Child Abuse & Neglect*, Vol. 18 (4), 349-356.
- Kinzl, Johann F.; Traweger, Christian; Guenther, Verena & Biebl, Wifried. (1994). "Family background and sexual abuse associated with eating disorders", *American Journal of Psychiatry*, Vol. 151 (8), 1127-1131.
- Lamb, Sharon & Edgar-Smith, Susan. (1994). "Aspects of disclosure: Mediators of outcome of childhood sexual abuse", *Journal of Interpersonal Violence*, Vol. 9 (3), 307-326.
- Lisak, David. (1994). "The psychological impact of sexual abuse: Content analysis of interviews with male survivors", *Journal of Traumatic Stress*, Vol. 7 (4), 525-548.
- Mancini, Catherine; Van Amerigen, Michael & MacMillan, Harriet. (1995). "Relationship of childhood sexual and physical abuse to anxiety disorders", *Journal of Nervous & Mental Diseases*, Vol. 183 (5), 309-314.
- Mayall, Alice & Gold, Steven R. (1995). "Definitional issues and mediating variables in the sexual revictimization of women sexually abused as children", *Journal of Interpersonal Violence*, Vol. 10 (1), 26-42.
- Maynes, Lyn C. & Feinauer, Leslie L. (1994). "Acute and chronic dissociation and somatized anxiety as related to childhood sexual abuse", *American Journal of Family Therapy*, Vol. 22 (2), 165-175.
- McNulty, Craig & Wardle, Jone. (1994). "Adult disclosure of sexual abuse: A primary cause of psychological distress?", *Child Abuse & Neglect*, Vol. 18 (7), 549-555.
- Migdown, Janet. (1994). "Silencing the child", *Transactional Analysis Journal*, Vol. 24 (3), 178-184.
- Mullen, Paul E.; Martin, Judy L.; Anderson, Jessie C.; Romans, Sarah E. et al. (1994). "The effect of child sexual abuse on social, interpersonal and sexual function in adult life", *British Journal of Psychiatry*, Vol. 165 (1), 35-47.
- Oates, R. Kim; O'Toole, Brian E.; Lynch, Deborah L.; Stern, Anne et al. (1994). "Stability and change in outcomes for sexually abused children", *Journal of The American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, Vol. 33 (7), 945-953.
- Palmer, Robert L.; Bremble, David; Metcalfe, Michael; Opperheimer, Rhode et al. (1994). "Childhood sexual experiences with adults: Adult male psychiatric patients and general practice attenders", *British Journal of Psychiatry*, Vol. 165 (5), 675-679.
- Pearson, Quinn M. (1994). "Treatment techniques for adult female survivors of childhood sexual abuse", *Journal of Counseling & Development*, Vol. 73 (1), 32-37.
- Peters, Debra K. & Range, Lillian M. (1995). "Childhood sexual abuse and current suicidality in college women and men", *Child Abuse & Neglect*, Vol. 19 (3), 335-341.
- Renshaw, Kaye L. (1994). "Child molesters: Do those molested as children report larger numbers of victims than those who deny childhood sexual abuse?", *Journal of Addictions & Offender Counseling*, Vol. 15 (1), 24-32.
- Roesler, Thomas A. (1994). "Reactions to disclosure of childhood sexual abuse: The effect on adult systems", *Journal of Nervous & Mental Disease*, Vol. 182 (11), 618-524.
- Rorty, Marcia; Yager, Joel & Rosotto, Elizabeth. (1994). "Childhood sexual, physical and psychological abuse in bulimia nervosa", *American Journal of Psychiatry*, Vol. 151 (8), 1122-1126.
- Sang, Dorothy. (1994). "Just say no" may not be enough to prevent child sexual abuse", *Social Work*, Vol. 39 (5), 603-605.
- Schoof, Kristin K. & McCanne, Thomas R. (1994). "Childhood abuse, body image disturbance, and eating disorders", *Child Abuse & Neglect*, Vol. 18 (8), 607-615.
- Sharpe, Louise; Terrier, Nicholas & Rotundo, Nicolina. (1994). "Treatment of delayed post-traumatic stress disorders following sexual abuse: A case example", *Behavioral & Cognitive Psychotherapy*, Vol. 22 (3), 233-242.
- Silovsky, Jone F. & Hembree-Kigin, Toni L. (1994). "Family and group treatment for sexually abused children: A review", *Journal of Child Sexual Abuse*, Vol. 3 (3), 1-20.
- Tobin, David L.; Maltein, Andrew L. & Elin, Mark R. (1995). "Early trauma, dissociation and late onset in the eating disorders", *International Journal of Eating Disorders*, Vol. 17 (3), 305-308.
- Usser, Jane M. & Dewberry, Christopher. (1995). "The nature and long-term effects of childhood sexual abuse: A survey of adult women survivors in Britain", *British Journal of Clinical Psychology*, Vol. 34 (2), 177-192.
- Van Gijsegem, Hubert & Gauthier, Marie-Chantal. (1994). "Links between sexual abuse in childhood and behavioral disorders in adolescent girls: A multivariate approach", *Canadian Journal of Behavioral Science*, Vol. 26 (9), 339-352.
- Verhulst, Johan & Tucker, Gary. (1995). "Medical and narrative approaches in psychiatry", *Psychiatric Services*, Vol. 46 (5), 513-514.
- Wolfe, Vicky V. & Birt, Jo-Ann. (1995). "The Psychological sequelae of child sexual abuse", *Advances in Clinical Child Psychology*, Vol. 17, 233-263.
- Zlonick, Caron; Begin, Ann; Shea, M. Tracie; Pearlstein, Teri et al. (1994). "The relationship between characteristics of sexual abuse and dissociative experience", *Comprehensive Psychiatry*, Vol. 35 (6), 465-470.