

E. Domènech Llaberia

Evaluación psicopatológica del
abuso sexual en el niño

Catedrática de Psicopatología.
Departamento de Psicología de la Salud,
Universidad Autónoma, Barcelona

*Psychopathologic assessment of
the sexually abused child*

RESUMEN

Se estudia la evaluación del niño que ha sido víctima de abuso sexual, desde una doble vertiente, clínica y judicial. Se insiste en la importancia de hacer una evaluación correcta, que permita esclarecer los hechos y proteger al menor. Se dan pautas para realizar dicha evaluación y se describen algunos instrumentos concretos tales como el «Child Sexual Behavior Inventory» o CBSI y las muñecas anatómicas. También se trata el diagnóstico diferencial del abuso con las falsas declaraciones de abuso sexual.

PALABRAS CLAVE

Abuso sexual infantil; Evaluación clínica del abuso sexual.

ABSTRACT

The assessment of the sexually abused child is studied from both clinical and legal sides. An accurate evaluation will allow the elucidation of the facts and the protection of the child. Guidelines for this assessment are given and instruments such as the «Child Behavior Inventory» (CBSI) and Anatomical Dolls are described. False statements and differential diagnosis of abuse allegations are also considered.

KEY WORDS

Child sexual abuse; Clinical evaluation of sexual abuse.

INTRODUCCIÓN

Estudios de incidencia más o menos imperfectos han revelado que aproximadamente un 1% de los niños norteamericanos sufre alguna forma de abuso sexual cada año⁽¹⁾. El abuso puede ocurrir dentro de la familia o en la escuela u otro contexto extrafamiliar. Este problema que ha sido silenciado durante mucho tiempo está empezando a aflorar a la luz pública, apareciendo en los periódicos y dando lugar a un gran incremento de demandas en los juzgados. Este fenómeno también ocurre en España y ha promovido la necesidad de evaluar a los niños que presumiblemente han sido abusados.

La evaluación puede tener dos objetivos: uno clínico, para determinar si el niño presenta un trastorno emocional o un estrés postraumático; otro forense, para ayudar a saber si el abuso ocurrió de verdad y quién fue el culpable.

Las preguntas que se plantean, ante un niño que puede haber sido objeto de abuso sexual, son las siguientes:

- ¿Existió realmente el abuso?, ¿existe actualmente? o bien ¿es que nunca existió?
- ¿Requiere el niño protección?
- Necesita tratamiento médico y/o psiquiátrico?

La respuesta a estas tres preguntas únicamente la pueden proporcionar clínicos con experiencia suficiente en este área, que sepan manejar instrumentos de evaluación adecuados e interpretar correctamente la información recogida.

Una evaluación incorrecta puede perjudicar al niño aumentando el estrés que ya de por sí provoca el abuso, acusar a inocentes, destrozar unas relaciones familiares y alterar la información solicitada por un juzgado.

La evaluación incorrecta puede ser debida al contexto en el que tiene lugar la evaluación, a una mala elección de los profesionales para realizarla, al uso de instrumentos inadecuados, a la adherencia acrítica a los resultados obtenidos en la evaluación, o a sesgos en la información solicitada. No se pueden sacar conclusiones válidas a partir de una información sesgada.

Se ha señalado que la evaluación del abuso sexual era una tarea multidisciplinaria⁽²⁾. No debería prescindirse en ningún caso de la evaluación pediátrica ni de la evaluación psicológico-psiquiátrica. Este trabajo trata solamente de esta última, y debe luego ser contrastada con la exploración orgánica del niño que ha sido presuntamente abusado.

MÉTODO

Antes de describir los instrumentos y las técnicas para evaluar el abuso sexual en el niño queremos dar algunas pautas generales para este tipo de evaluaciones.

Las pautas que sugerimos a continuación están adaptadas de las que dio la Academia Americana de Psiquiatría del niño y del adolescente en 1988⁽³⁾.

Elección correcta del evaluador

Este debería tener una buena preparación en psiquiatría infantil y en psicodiagnóstico infantil y al mismo tiempo ser capaz de testificar ante los tribunales, de manera que se sienta cómodo cuando deba hacerlo. Es importante que no sea la misma persona quien testifique y quien se encargue de la terapia del niño. El terapeuta tiene el deber de mantener la confidencialidad. Hay casos en los que el que actúa de testigo no puede comprometerse a mantenerla y esto deben saberlo el niño o sus responsables legales.

Lugar y duración de la entrevista con el niño

Debería elegirse un sitio relajado y neutral para evaluar al niño. En general el juzgado no es un buen sitio para ello. De otra parte, la entrevista debe realizarse sin prisas. Puede ser necesario examinar al niño en más de una sesión para no cansarle. Pero debería citársele el mínimo de veces que sea necesario con el objeto de prevenir la posible confabulación. Para evitar el estrés del niño es conveniente que actúe el mínimo número posible de evaluadores. Esta norma no se tiene en cuenta en muchos casos de divorcio de los padres, cuando ambas partes someten al niño a un examen psicológico.

Elección de los informantes

El principal informante debe ser el propio niño. Este debe ser entrevistado solo⁽⁴⁾. Además, se recogerá la información de aquellas personas relevantes del entorno. Entre éstas están ambos padres, los maestros y todos aquellos que hayan estado últimamente en contacto directo con el niño. En el caso de abuso intrafamiliar, es imprescindible que la evaluación del niño se acompañe

256 de una entrevista psiquiátrica con cada uno de los padres por separado. Finalmente queremos añadir que una evaluación del funcionamiento familiar constituye una parte esencial de la evaluación del abuso sexual infantil⁶.

Valoración del examen psicológico del niño

El examen psicológico del niño puede ser útil para contestar a las preguntas que planteaba en un principio sobre la veracidad del abuso y las posibles consecuencias traumáticas siempre y cuando no se pida a este examen más de lo que puede aportar y no se saquen más conclusiones de lo que permita en rigor un estudio psicológico de un niño. Deben tener muy claro, no solamente los evaluadores sino y sobre todo las personas a las que va dirigido el informe de un examen psicológico, en especial los profesionales de la justicia, que los tests solos no permiten hacer un diagnóstico de abuso sexual.

Consideración de las posibles falsas declaraciones

Debería considerarse siempre la posibilidad de falsas declaraciones, tanto de los niños como de los padres. En el caso de falsas alegaciones en una separación de los padres, no bastan los exámenes psicológicos que aporte una sola de las partes.

Valoración de la credibilidad del niño

Los factores que pueden alterar el relato de los hechos por parte del niño son diversos. Unos son consecuencia de la inmadurez cognitiva, comprensión insuficiente de los hechos, poca memoria, mala percepción del tiempo transcurrido (debe observarse si las explicaciones en tiempos diferentes son concordantes), dificultades en el lenguaje (se aconseja dejar al niño que explique los hechos de forma espontánea, con sus propias palabras). Otros son debidos a factores emocionales tales como la ansiedad o la dependencia de personas del entorno por las que se puede fácilmente dejar sugestionar. Otros pueden ser la inmadurez sexual y el desconocimiento de las conductas sexuales normales, y finalmente cualquier tipo de psicopatología.

Necesidad de contrastar la evaluación psicológica con el resultado de la evaluación médica

El examen médico debería realizarse antes de que hayan transcurrido setenta y dos horas del abuso sexual. Es conveniente que el examen genital se haga dentro del contexto de un examen médico global y que, a ser posible, el forense se abstenga de formular preguntas al niño, que ya se hicieron en un examen psiquiátrico.

Consideraciones éticas del informe de evaluación

Desde un principio debería abordarse cualquier caso de abuso sexual sin prejuicios previos, y evitar de forma tajante cualquier sugestión y coacción. Lo más importante es proteger los intereses del niño. De acuerdo con este objetivo debe plantearse a menudo si se puede permitir que el niño vuelva a casa y si debe recibir un tratamiento psiquiátrico.

Posibles modificaciones a la evaluación clínica

En algunos casos el evaluador no llega a saber si el abuso ocurrió. Debe estar dispuesto a hacer modificaciones al informe que emitió, si posteriormente recibe más información de la que tenía cuando realizó la primera evaluación bien sea para corroborar sus conclusiones o para modificarlas.

El diagnóstico del abuso sexual

No se puede hacer a partir de un solo dato o de unos resultados parciales. La evaluación psicológica por ejemplo no es suficiente para realizar un diagnóstico de abuso. Hacen falta además como mínimo, un examen médico, una valoración psiquiátrica y la información recibida de diferentes informantes. Para realizar un diagnóstico de abuso sexual los hallazgos deben ser interpretados dentro del contexto de una evaluación global.

MATERIAL: INSTRUMENTOS PARA LA EVALUACIÓN PSICOLÓGICA DEL ABUSO SEXUAL

Un elemento importante para la evaluación del abuso es la elección adecuada de los instrumentos de

evaluación. Además de los instrumentos clásicos tales como el dibujo del niño o los tests proyectivos el evaluador debe poder hacer uso de técnicas más recientes como por ejemplo los cuestionarios de evaluación conductual o las muñecas anatómicas. Describiré muy brevemente algunas de estas técnicas.

El dibujo infantil y otras pruebas proyectivas

La utilización del dibujo para la evaluación psicológica es una técnica muy antigua. Los niños disfrutaban dibujando y suelen hacerlo de forma espontánea. Los niños con dificultades de expresión encuentran en el dibujo una forma de lenguaje más a su alcance. Los que han sufrido un trauma como es el abuso sexual pueden plasmar en sus dibujos lo que no saben o no se atreven a decir con palabras. En este caso tanto puede servir el dibujo libre como el dibujo dirigido. En este segundo caso se puede pedir al niño que dibuje una figura humana o animal, una familia realizando algún tipo de actividad, un árbol, un paisaje, etc.

A los niños en que existe alguna sospecha de abuso se les suele pedir que dibujen al supuesto agresor, su familia, su casa, un sueño que hayan tenido, etc. Se puede sospechar que ha habido abuso cuando el niño revela a través de sus dibujos una preocupación por el sexo no propia de la edad. Diferentes autores han señalado que los niños que han sido víctimas de abuso pintan más genitales en sus dibujos^(6,7). También existe sospecha cuando es incapaz de dibujar o de terminar el dibujo del agresor, cuando hay inversión de papeles en el dibujo de la familia o bien no existe relación entre el dibujo de los personajes de una familia, o cuando se aprecian aspectos poco frecuentes en el dibujo de la casa como por ejemplo todas las puertas abiertas, o bien con muchos compartimentos cerrados o cuando el niño se dibuja en el exterior del edificio, etc. Quizá lo fundamental es la explicación que se pide al niño sobre lo que ha dibujado.

Además del dibujo se han utilizado en la evaluación del abuso sexual otras diversas técnicas proyectivas clásicas tales como el TAT⁽⁸⁾, el CAT⁽⁹⁾, el psicograma de Rorschach^(10,11), etc.

Los cuestionarios de evaluación conductual

Cuestionarios no específicos

Hasta hace poco tiempo los únicos cuestionarios que se empleaban eran listados no específicos de síntomas

sobre los que se preguntaba por lo general a los padres, a pesar de que ya se sabe que sus repuestas sobre la conducta sexual de sus hijos pueden estar sesgadas por sus opiniones sobre la sexualidad. Se utilizó especialmente el «Achenbach Child Behavior Checklist»⁽¹²⁾, hallándose más repuestas de conductas sexuales en los niños abusados⁽¹³⁻¹⁵⁾. Este cuestionario valora la conducta sexual de masturbación, identidad sexual, preocupación por el sexo, a partir de 6 ítems de los 113 del cuestionario. La conducta sexual suele ocupar muy poco espacio dentro de los cuestionarios no específicos.

Un cuestionario específico: el CSBI

El CSBI o «Child Sexual Behavior Inventory»⁽¹⁶⁾ es un cuestionario para padres de 35 ítems que evalúa la frecuencia de ciertos comportamientos que tienen que ver con la sexualidad durante los últimos seis meses. Está pensado para valorar el comportamiento sexual de los niños y niñas entre 2 y 12 años. Los ítems hacen referencia por ejemplo a agresión sexual, autoestimulación, identidad sexual, etc. y cada uno puntúa según una escala de 4 puntos. Se obtuvieron datos normativos en una muestra amplia de niños⁽¹⁷⁾. Se observa que la frecuencia de conductas sexuales varía mucho de unos niños a otros y que disminuye con la edad, más en las niñas. En un estudio posterior⁽¹⁸⁾ Friedrich y Gramsch demuestran la fiabilidad y la validez del CSBI para evaluar la conducta sexual de los niños que han sido abusados sexualmente.

Una cuestión importante es saber hasta qué punto el CSBI permite saber si ha habido abuso en un caso concreto. Sobre este punto parece ser que el CSBI es una prueba sensible para niños y niñas entre los 2 y los 6 años y para niños entre los 7 y los 12, y lo es mucho menos para las niñas de 7 a 12⁽¹⁸⁾. Incluso en el caso de los niños no se debe utilizar aisladamente: el resultado debe valorarse dentro de un marco de evaluación global, al lado de la entrevista, la observación, las pruebas proyectivas y el examen médico.

Las muñecas anatómicas

Hacia la mitad de la década de los ochenta, las muñecas de las niñas pasaron de ser asexuadas a tener sexo. A partir de entonces las muñecas con sexo a las que se denominó anatómicas se utilizaron para la evaluación del abuso sexual. Su uso se implantó muy

258 rápidamente en algunos países. También se crearon protocolos para entrevistar, utilizando muñecas con sexo, a los niños con sospecha de abuso sexual⁽¹⁹⁻²¹⁾. Se inventaron técnicas de exploración muy bien estructuradas en las que el niño tenía que desnudar a las muñecas, nombrar las distintas partes del cuerpo, incluyendo las zonas erógenas, indicar su función y jugar con muñecas de distinto sexo. Se podía examinar el comportamiento del niño con las muñecas tomando notas con lápiz y papel, usando vídeo y/o utilizando técnicas de observación directa.

Se observó que los niños que habían sufrido abuso manifestaban más conductas sexuales en su interacción con las muñecas anatómicamente correctas que los no abusados (22). Claro que la conducta sexual de los niños puede deberse a otras variables que no sean el abuso sexual. Hay actualmente enormes diferencias familiares en la educación sexual de los niños, en la exhibición de la desnudez dentro de la casa, en la libertad para contemplar escenas sexuales en la televisión, etc.

Parece bastante lógico el éxito de esta técnica puesto que la evaluación de los niños menores de siete años traumatizados por un abuso sexual no es nada fácil, dadas las limitaciones de su desarrollo cognitivo y de sus aptitudes de expresión verbal. Yates y Terr⁽²³⁾, en un debate a propósito de las muñecas anatómicas, manifestaron que así se podía ayudar a los niños entre 2 y 4 años a recordar y contar las experiencias pasadas.

Esta expansión del empleo de muñecas anatómicas para la evaluación en la década pasada no se acompañó de la suficiente investigación de su utilidad y validez⁽²⁴⁾, lo que dio lugar a que se criticara bastante esta técnica y que algunos pensarán que con las muñecas era fácil sugerir las respuestas de los niños. En un estudio realizado en California⁽²⁵⁾ sobre la validez de la evaluación con muñecas anatómicas se halló una sensibilidad del 33% y una especificidad del 67%. Estos resultados cuestionan la validez de esta técnica para ayudar al diagnóstico del abuso. Como señalaron Realmuto y cols.⁽²⁶⁾, comentando el estudio de California, la técnica de las muñecas anatómicas, para juzgar la probabilidad de que haya habido abuso, es insatisfactoria.

Éste, al igual que otros instrumentos psicológicos, servirá o no según la experiencia clínica de la persona que lo utilice, Pero en cualquier caso no debería nunca sustituir a la entrevista clínica.

La entrevista

La entrevista clínica es el instrumento-clave para el diagnóstico en psiquiatría infantil. Puede ser de muchos tipos. La entrevista abierta o libre requiere por parte del examinador una buena experiencia clínica. Cuando se trata de abuso sexual es necesario, además, tener experiencia en estos casos a fin de ser capaz de diferenciar el abuso de las falsas declaraciones de abuso, tema que se tratará en el apartado siguiente.

Actualmente existen formas alternativas a la entrevista abierta cuyo uso se está imponiendo cada vez más. Me refiero a las llamadas entrevistas estructuradas y semiestructuradas. Algunas tienen un versión para entrevistar al niño y otra para hacerlo a los padres. Tal es el caso de la K-SADS⁽²⁷⁾ o de la DICA⁽²⁸⁾. Recientemente se han incorporado a la Kiddie-Sads en su versión epidemiológica (K-SADS-E) preguntas específicas para evaluar el estrés post-traumático o PTSD (Post traumatic stress disorder), que sirven para la evaluación del estrés en el abuso sexual.

Se ha dicho que las entrevistas totalmente estructuradas pueden ser aplicadas por personas con escasa experiencia clínica, siempre y cuando se las entrene debidamente. No obstante pensamos que los niños que han sido víctimas de abuso sexual pueden estar emocionalmente muy alterados y ser muy vulnerables. En estos casos si el entrevistador no tiene una experiencia clínica puede que no obtenga del niño la información que desea o que saque una impresión falsa de lo que sucedió o que incremente el estrés del niño. Durante la entrevista diagnóstica debe explorarse la credibilidad del niño. Por todo ello nuestra opinión personal es que no se puede dejar la entrevista clínica, en el caso que nos ocupa, en manos de personas inexpertas.

Recientemente tres investigadores⁽²⁹⁾ han desarrollado dos entrevistas estructuradas para ser aplicadas a niños víctimas de abuso sexual. Estas entrevistas tienen por objetivo obtener información del niño y de los padres y cubren diversas áreas. Las han utilizado para evaluar los resultados de un tratamiento cognitivo-conductual a niños que presentaban un estrés post-traumático como consecuencia de haber sido abusados sexualmente.

DIAGNÓSTICO PSICOLÓGICO DIFERENCIAL DE LAS ACUSACIONES FALSAS DE ABUSO SEXUAL

Al psiquiatra infantil se le pide con relativa frecuencia

que haga la evaluación de un niño que ha sido víctima de maltrato o de abuso, con la idea de que aclare si lo que se ha denunciado es verdad o es falso.

Las acusaciones falsas provienen más a menudo de los padres que de los niños. Las vemos a veces en la práctica clínica en las separaciones con disputas por la custodia de los hijos. También pueden partir del niño. Según Cantwell⁽³⁰⁾ el 90% de las acusaciones de abuso sexual que hacen los niños son verdad. Pero aunque así sea, la demostración de inocencia del 10% restante es lo suficientemente importante para que se aclare. Raskin y Esplin⁽³¹⁾ también opinan que la mayoría de acusaciones que hacen los niños son ciertas y que cuando no es así, puede deberse a tres causas: 1 - que el niño confunda la realidad con la fantasía; 2 - que el niño haya sido aleccionado por un adulto con malicia; 3 - que la acusación haya estado sugerida por un entrevistador anterior. En la práctica debe considerarse siempre la posibilidad de la acusación falsa.

Para establecer un diagnóstico diferencial entre el abuso y la acusación falsa de abuso remitimos al excelente trabajo de Bernet⁽³²⁾, del que resumimos algunas cuestiones.

Distinguiré entre las falsas acusaciones que parten de los padres, las que tienen por escenario principal al niño, las que se deben a fallos en la comunicación y alguna más.

Falsas acusaciones de los padres

- Pueden deberse a una patología «minor» o mayor, a intenciones maliciosas o a fallos en la educación y formación en el seno de las familias.
- Los padres pueden hacer una mala interpretación de lo que dicen los niños debido a un elevado nivel de ansiedad o al temor que les haya ocurrido algo grave. En estos casos pueden malinterpretar una conducta inocente y sugestionar al niño de que ha ocurrido algo malo. Me refiero a estos casos cuando hablo de patología «minor». Puede darse en madres sobreprotectoras, o con un trastorno por ansiedad excesiva. Igualmente puede ocurrir en padres ansiosos o histriónicos que sobrevaloran un comentario inocuo o un aspecto parcial de una conducta y la sitúan fuera del contexto en que tuvo lugar.
- Dentro de la patología mayor paterna colocaríamos al delirio paranoide que distorsiona la realidad y puede llegar a inducir en el niño la misma percepción

delirante al insistir reiteradamente en el hecho de que hubo abuso.

- Adoctrinamiento malintencionado de un niño que es utilizado en las peleas de una pareja que se encuentra bajo el estrés de una separación conflictiva.
- Errores procedentes de unas pautas educativas en el seno de las familias: hay familias en las que existe una hiperestimulación sexual y una erotización de los niños y adolescentes; bien sea porque los padres piensan que ésta es la mejor manera de educar a los niños para la vida que les espera, bien sea por ignorancia del desarrollo sexual de los hijos o por problemáticas mal resueltas de los progenitores. Estos niños hiperestimulados sexualmente pueden manifestar más conductas sexuales, lo que puede hacer pensar que haya existido abuso, puesto que se ha señalado reiteradamente que los niños que han sufrido abuso manifiestan más comportamientos sexuales que los no abusados^(33,34).

Falsas acusaciones de los niños

Pueden a su vez deberse a distintas causas:

- Que el niño confunda la realidad con la fantasía: Esto es frecuente y completamente normal en la etapa preescolar, especialmente hacia el final de esta etapa. Es un hecho que deben conocer los padres y los evaluadores.
- Que el niño vaya más allá y confabule. A veces se le pregunta a un niño sobre hechos que no recuerda o sólo recuerda parcialmente. Si se fuerza a que conteste y no quiere decepcionar al adulto fácilmente llena las lagunas de su memoria con su imaginación y fantasía e inventa parte del relato.
- Que el niño mienta: Un niño puede mentir de forma bastante inocente, hecho muy frecuente alrededor de los cuatro o cinco años, o bien puede mentir de forma deliberada para obtener algún tipo de beneficio, tanto en la etapa de la infancia como en la adolescencia. Finalmente Bernet⁽³²⁾ recupera, para explicar algunas falsas acusaciones de abuso sexual infantil, el concepto de pseudología fantástica, término introducido en el siglo pasado por Delbruck⁽³⁵⁾ para designar una forma de mentira patológica que consiste en contar historias falsas sin ningún motivo aparente, que el sujeto acaba creyendo que son ciertas.

- 260 • Que un adolescente haga interpretaciones erróneas. Pongamos por caso un adolescente que está obsesionado con el tema de la sexualidad e interprete una palmada en la espalda como una caricia sexual.
- Un adolescente también puede padecer un trastorno psicótico que se acompañe de un cuadro delirante que tenga un contenido en torno al tema de la sexualidad y que crea que ha sido abusado. Aunque poco frecuente, debe sin embargo tenerse en cuenta esta posibilidad.

Fallos en la comunicación

Pueden deberse a que el niño no entienda la pregunta que se le formula y la respuesta sea errónea por fallo de la comunicación.

También puede suceder que la forma de preguntar del entrevistador acabe sugiriendo la respuesta del niño y éste conteste lo que el evaluador piensa y espera. En este caso el error radica en el propio entrevistador por su incompetencia y sus ideas preconcebidas.

Otras posibles causas

Se ha sugerido todavía como posibles errores en la acusación el contagio de grupo. En tal caso el niño y los padres son víctimas de una verdadera «epidemia histérica» en la que los rumores que corren en una colonia de niños o en un pueblo los hacen suyos, se agrandan y se lo creen en la medida que concuerdan con sus propias necesidades emocionales.

Sustitución de la persona abusadora

Una posibilidad a tener en cuenta es la de que la acusación sea verdadera pero la falsedad esté en la persona a la que se acusa. El niño identifica mal a la persona que abusó de él. Esta sustitución puede deberse a muchas de las causas descritas como falsas acusaciones: confabulación, mentira maliciosa, mentira patológica, etc.

Para terminar solamente queremos insistir en que la evaluación del abuso sexual es un proceso muy complejo que se basa fundamentalmente en la habilidad del niño para comunicar su vivido a los profesionales y que requiere por parte de éstos mucha experiencia, preparación y prudencia.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 National study of incidence of child Abuse and Neglect. Washington, DC: US Dept of Health and Human Services, 1988.
- 2 Dubowitz H, Black M, Harrington D. The diagnosis of child sexual abuse. *AJDC* 1992;146:688-693.
- 3 Council of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. *Guidelines for the Clinical Evaluation of Child and Adolescent Psychiatry*, 1988.
- 4 Benedek E, Schetky D. Problems in validating allegations of sexual abuse. Part 2: clinical evaluation. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1987;26:916-921.
- 5 Merry S, Franzcp ChB, Andrews I, Franzcp ChB. Psychiatric status of sexually abused children 12 months after disclosure of abuse. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1994;33:939-944.
- 6 Hibbard RA, Roghmann K, Hoekelman RA. Genitalia in children's drawings: An association with sexual abuse. *Pediatrics* 1987;79:129-137.
- 7 Yates A, Beutler LE, Crago M. Drawings by child victims of incest. *Child Abuse and Neglect* 1985;9:183-189.
- 8 Murray H. *Thematic Apperception Test Manual*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1943.
- 9 Bellak L. *The TAT, CAT and SAT in clinical use*, 3rd ed. New York: Grune & Stratton, 1975.
- 10 Exner J. *The Rorschach: A comprehensive system (Vol. 1)*. New York: Wiley, 1974.
- 11 Exner J. *The Rorschach: A comprehensive system, current research and advanced interpretation (Vol. 2)*. New York: Wiley, 1978.
- 12 Achenbach TM, Edelbrock C. *Manual for the Child Behavior Checklist and Revised Child Behavior Profile*. Burlington: University of Vermont, 1983.
- 13 Cohen JA, Mannarino AP. Psychological symptoms in sexually abused girls. *Child Abuse and Neglect* 1988;12:571-577.
- 14 Einbender AJ, Friedrich WN. Psychological functioning and behavior of sexually abused girls. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1989;57:155-157.
- 15 Friedrich WN, Beilke RL, Urquiza AJ. Behavior problems in young sexually abused boys. *Journal of Interpersonal Violence* 1988:11-17.
- 16 Purcell J, Beilke RL, Friedrich WN. *The Child Sexual Behavior Inventory: Preliminary normative data*. Paper presented at the 94th Annual Convention of the American Psychological Association, Washington, DC, August 1986.
- 17 Friedrich WN, Grambsch P, Broughton D, Kuiper J, Beilke RL. Normative sexual behavior in children. *Pediatrics* 1991;88:456-464.
- 18 Friedrich WN, Grambsch P. Child Sexual Behavior Inventory: Normative and Clinical Comparisons. *Psychological Assessment* 1992;4:303-311.

- 19 Boat BW, Everson MD. *Using Anatomical Dolls: Guidelines interviewing Young Children in Sexual Abuse Investigations*. Chapel Hill, NC: University of North Carolina Department of Psychiatry, 1986.
- 20 Shamroy JA. Interviewing the sexually abused child with anatomically correct dolls. *Social Work* 1987;Mar-Apr:165-166.
- 21 Friedemann V, Morgan M. *Interviewing sexual abuse victims using anatomical dolls: the professional's guidebook*. Eugene, OR: Shanrock Press, 1985.
- 22 Jampole L, Weber MK. An assessment of the behavior of sexually abused and non-sexually abused children with anatomically correct dolls. *Child Abuse and Neglect* 1987;11:187-192.
- 23 Yates A, Terr L. Debate forum: anatomically correct dolls should be used as a basis for expert testimony? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1988;27:254-257.
- 24 Everson M, Boat B. Sexualized doll play among young children: implications for the use of anatomical dolls in sexual abuse evaluations. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1990;29:736-742.
- 25 Amber B, Tiela B vs Ron B. *California Reporter* 236, 1987.
- 26 Realmuto G, Jensen J, Wescoe S. Specificity and sensitivity of sexually anatomically correct dolls in substantiating abuse: a pilot study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1990;29:743-746.
- 27 Puig-Antich J, Chambers W. *The schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children (Kiddie-Sads)*. New York: State Psychiatric Institute, 1978.
- 28 Herjanic B, Reich WC. Development of a structured psychiatric interview for children. Agreement between parent and individual symptoms. *Abnormal Child Psychology* 1982;10:307-324.
- 29 Deblinger E, McLeer S, Henry D. Cognitive behavioral treatment for sexually abused children suffering post-traumatic stress: preliminary findings. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1990;29:747-752.
- 30 Cantwell HB. Sexual abuse of children in Denver. 1979: reviews for implications for pediatric intervention and possible prevention. *Child Abuse and Neglect* 1981;5:75-85.
- 31 Raskin DC, Esplin PW. Assessment of children's statements of sexual abuse. En: Doris J, ed. *The suggestibility of children recollections: implications for eyewitness testimony*. Washington, DC: American Psychological Association, 1991.
- 32 Bernet W. False statements and the differential diagnosis of abuse allegation. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1993;32:903-910.
- 33 Kolko DJ, Moser TM, Weldy SR. Behavioral/emotional indicators of sexual abuse in child psychiatric inpatients: A controlled comparison with physical abuse. *Child Abuse and Neglect* 1988;12:529-541.
- 34 Gale J, Thompson RJ, Moran T, Sack WH. Sexual abuse in young children: its clinical presentation and characteristic patterns. *Child Abuse and Neglect* 1988;12:163-170.
- 35 Delbrück. *Die pathologische lüge and die psychisch abnormen Schwindler*. Stuttgart: Enke, 1891.