
Actualización de las consecuencias físicas del abuso sexual infantil

N. Pereda Beltran

Grup de Recerca en Victimització Infantil i Adolescent (GReVIA)
Departament de Personalitat, Avaluació i Tractament Psicològics.
Facultat de Psicologia. Universitat de Barcelona. Barcelona. España

Resumen

La experiencia de abuso sexual conlleva importantes repercusiones en el bienestar físico y psicológico de la víctima. Se hace necesario conocer qué efectos puede tener esta experiencia sobre la salud, tanto para su posible detección temprana como para un tratamiento efectivo. Determinadas lesiones genitales y anales, la presencia de esperma, infecciones y enfermedades de transmisión sexual (gonococia, condilomas acuminados, sífilis) antes de la pubertad, así como el embarazo, pueden ser importantes indicadores de abuso sexual, si bien en la mayor parte de casos los hallazgos físicos son nulos en estas víctimas, dificultando la detección de estos casos. En la edad adulta, los dolores físicos, el trastorno de conversión, las crisis no epilépticas, el trastorno de somatización, trastornos ginecológicos, así como un inicio significativamente temprano de la menopausia, son algunos de los problemas físicos más frecuentemente presentes.

Conclusiones: conocer los indicadores y consecuencias del abuso sexual para identificarlos y detectarlos tan pronto como sea posible se plantea como una necesidad de la que los profesionales del ámbito sanitario debemos ser conscientes para poder intervenir tempranamente y de forma efectiva en estos casos.

Palabras clave: Abuso sexual en la infancia. Revisión sistemática. Trastornos gastrointestinales funcionales. Trastornos menstruales.

Physical consequences of child sexual abuse: an update

Abstract

Introduction: Child sexual abuse experience is usually followed by serious physical and psychological consequences. It is necessary to know the possible effects of this problem on the victim's health to detect early these situations and to conduct effective treatments. **Exposition:** important physical indicators of child sexual abuse would include: genital and anal injuries, sperm, infections and sexually transmitted diseases (gonococci, condiloms, or genital warts, and syphilis) before puberty, and pregnancy. However, a great number of the cases do not present physical evidence, making difficult to detect. In adult victims, physical pain, conversion disorder, non-epileptic seizures, somatization, gynecological disorders, and early menopause, are some of the most frequent physical problems.

Noemí Pereda Beltrán: npereda@ub.edu

La autora declara no presentar conflictos de intereses en relación con la preparación y publicación de este artículo.

Conclusions: *health professionals must know the indicators and consequences of child sexual abuse to identify these cases as soon as possible and to early and effectively intervene on its serious consequences.*

Key words: *Child sexual abuse. Functional gastrointestinal disorders. Menstrual disorders. Systematic review.*

Introducción

La experiencia de abuso sexual en la infancia es un problema social grave que comporta, en la mayoría de los casos, serias repercusiones para la víctima que lo sufre, que interfieren en su adecuado desarrollo y tienen un efecto negativo en su estado físico y psicológico¹. La amplia extensión de esta problemática ha sido constatada, tanto a nivel nacional^{2,3} como internacional⁴, con cifras que oscilan entre un 10 y un 20% de la población infantil, en el mundo occidental⁵.

Se observan consecuencias que afectan a todas las áreas de la vida de la víctima, tanto en la infancia^{6,7} como en la edad adulta^{8,9}, y que impiden hablar de un síndrome del abuso sexual infantil, que permita detectar esta experiencia con total certeza y fiabilidad. Los trabajos publicados al respecto demuestran la no existencia de un patrón de síntomas único, así como la presencia de una extensa variedad de síntomas en estas víctimas, e incluso la ausencia total de síntomas en algunas de ellas, impidiendo establecer un síndrome que defina y englobe los problemas físicos, emocionales,

cognitivos y sociales que se relacionan con la experiencia de abuso sexual (ver una reciente revisión de R. Maniglio¹⁰).

Las consecuencias en la salud que suelen acompañar a la vivencia del abuso sexual infantil son frecuentes y diversas, tanto aquellas que se producen en la infancia como las que, en muchas ocasiones, perduran en la adolescencia hasta la edad adulta¹¹. Como afirma F. López² en el único estudio representativo del total de población española realizado en España hasta el momento, únicamente un 20 o 30% de las víctimas de abuso sexual infantil permanecerían estables emocionalmente tras esta experiencia. Si bien son diversos los autores que constatan la existencia de víctimas asintomáticas, estas víctimas podrían llegar a presentar problemas posteriormente, configurando los llamados efectos latentes del abuso sexual infantil¹².

El objetivo del presente trabajo es ofrecer una revisión actualizada de las principales consecuencias físicas, iniciales y a largo plazo, del abuso sexual infantil, tanto en estudios nacionales como internacionales, que permita a

los profesionales de la salud detectar aquellos problemas físicos que pueden estar vinculados a la experiencia de abuso sexual en la infancia.

Métodos: selección de estudios

Se seleccionaron aquellas publicaciones entre septiembre de 1999 y septiembre de 2009, en inglés o español, centradas en las consecuencias físicas relacionadas con la experiencia de abuso sexual infantil a través de las bases de datos *Medline*, *Psycinfo*, *Science Citation Index* y *Social Sciences Citation Index* de la Web of Science utilizando los siguientes términos: (*consequences OR effects*) AND (*sexual abuse OR child sexual abuse*) AND (*medical OR physical*). Como complemento a lo anterior, también se examinaron las listas de referencias de estudios publicados acerca de las consecuencias físicas de la *victimización* en la infancia. Se descartaron todos aquellos estudios en cuyo resumen no se incluían los temas de la revisión o hacía referencia a temas relacionados, pero no directamente vinculados, como la violencia sexual en la edad adulta o las consecuencias psicológicas del abuso sexual infantil.

Resultados

Las consecuencias físicas del abuso sexual infantil son poco frecuentes, extra-

ordinariamente variables y, en muchos casos, compatibles con otro tipo de lesiones no relacionadas con la experiencia de abuso sexual, provocando que sea muy difícil detectar estos casos a partir de hallazgos físicos. Algunas dermatopatías, lesiones congénitas, traumatismos e infecciones, e incluso fisuras anales por estreñimiento crónico, pueden ser confundidos con signos de abuso sexual y viceversa¹². En la mayor parte de los casos los hallazgos físicos son nulos en estas víctimas¹³ y, por tanto, un examen normal no debe excluir la posibilidad de que un abuso sexual haya tenido lugar. Cabe recordar que muchos tipos de abuso sexual no incluyen contacto físico entre agresor y víctima y, por tanto, no existen lesiones físicas que permitan confirmarlos. Incluso si se produce penetración, pueden no aparecer lesiones ni quedar rastros que confirmen el abuso sexual.

Sin embargo, algunas víctimas de abuso sexual infantil sí presentan lesiones genitales y anales que son claros indicadores de esta experiencia, así como lo es la presencia de esperma y, sobre todo, las infecciones de transmisión sexual (gonococia, condilomas acuminados, sífilis) antes de la pubertad y, en ciertos casos, el embarazo¹³⁻¹⁵. El virus de inmunodeficiencia humana (VIH) no es demasiado frecuente como indicador,

pero también se encuentra en algunos casos, especialmente en países no occidentales¹⁶. Incluso se han observado lesiones orofaciales compatibles con abuso físico y sexual¹⁷. Una dificultad añadida es que, en la mayoría de los casos, estos indicadores únicamente son visibles durante un breve período de tiempo tras el abuso (presencia de esperma y/o vello púbico, abertura anormal del ano, entre otros) y no es habitual que la víctima sea atendida inmediatamente, sino que lo más frecuente es que transcurran meses, e incluso años, antes de que alguien descubra el abuso o éste sea revelado¹⁸⁻²⁰. Son pocos los casos de abuso sexual posteriormente examinados y atendidos por profesionales del ámbito de la salud, principalmente debido al secreto que se impone a este tipo de situaciones por parte de la víctima, del agresor y, con demasiada frecuencia, del entorno más cercano al menor²¹. Recientemente se han ofrecido recomendaciones y guías de evaluación e inter-

acción para los profesionales de la salud ante estos casos²², así como formas de actuar con el paciente víctima de abuso sexual en la infancia ante procedimientos médicos invasivos, como la endoscopia o la colonoscopia²³ (tabla 1).

En la edad adulta, son múltiples los problemas físicos que se han relacionado de forma repetida con la experiencia de abuso sexual en la infancia (recientes revisiones son las de J. Leserman²⁴ o la de PA. Hulme²⁵).

Los estudios también muestran una relación significativa entre la experiencia de abuso sexual infantil y un peor estado de salud general y menor calidad de vida²⁶⁻²⁹, tanto mediante síntomas físicos reales como según la percepción de salud subjetiva de las víctimas^{30,31}, con problemas físicos que se cronifican a lo largo de los años^{32,33}, y que pueden llegar a la vejez de estos individuos³⁴, así como un mayor número de consultas médicas que grupos control³⁵. Sin embargo, se ha observado que en mujeres esta afectación

Tabla 1. Indicadores físicos del abuso sexual infantil

Sintomatología	Referencias
Lesiones genitales y anales	13-15
Presencia de esperma	13-15
Infecciones	13-15
Enfermedades de transmisión sexual (gonococia, condilomas acuminados, sífilis)	13-15
Virus de inmunodeficiencia humana	16
Lesiones orofaciales	17

física y sintomatología psicósomática mejora si la víctima cuenta con el apoyo de una persona cercana, especialmente su pareja³⁶, y también se incrementa al tener que afrontar los factores estresantes cotidianos³⁷.

Algunos de los problemas físicos más estudiados, debido a su frecuente aparición en estas víctimas, son los dolores físicos sin razón médica que los justifican^{26,38}, fatiga crónica idiopática^{39,40} y el trastorno de somatización⁴¹, definido como la presencia de síntomas somáticos que requieren tratamiento médico y que no pueden explicarse totalmente por la presencia de alguna enfermedad conocida, ni por los efectos directos de una sustancia⁴²; el trastorno de conversión⁴³ que incluye la afectación de alguna de las funciones motoras o sensoriales de la víctima⁴², o las denominadas crisis no epilépticas, que cambian brevemente el comportamiento de una persona y parecen ataques epilépticos, si bien no son causados por cambios eléctricos anormales en el cerebro sino por la vivencia de acontecimientos fuertemente estresantes^{44,45}. Se ha observado, por otro lado, que la experiencia de abuso en la infancia incrementa el riesgo de trastornos cardiovasculares en la mujer, reduciendo la protección biológica vinculada al sexo para este ti-

po de trastornos⁴⁶. Todo ello implica un importante gasto para los sistemas de salud, especialmente si estos problemas no se diagnostican ni tratan de forma adecuada³².

Destacan, por otro lado, los estudios sobre trastornos ginecológicos, particularmente dolores pélvicos crónicos⁴⁷, con alteraciones del ciclo menstrual⁴⁸, así como también un inicio significativamente temprano de la menopausia⁴⁹ en mujeres víctimas de abuso sexual. Un reciente estudio realizado en los países nórdicos muestra que, en gran parte de los casos, el profesional desconoce la historia de abuso de la paciente y no reconoce los posibles signos físicos asociados, imposibilitando que la víctima reciba un tratamiento adecuado⁵⁰.

Es importante también tener en cuenta por su gravedad las conductas autolesivas⁵¹ que pueden acompañar o no a ideas suicidas e intentos de suicidio⁵². Entre las conductas autolesivas más frecuentes se observan los cortes y las quemaduras en antebrazos y muñecas, que aparecen ya en la adolescencia y se encuentran tanto en muestras de víctimas provenientes de clínicas psiquiátricas^{53,54}, como en víctimas de población general y en las revisiones realizadas de diversos estudios.

Son diversos los estudios que demuestran la frecuente presencia de trastornos de la conducta alimentaria en víctimas de abuso sexual infantil⁵⁵⁻⁵⁹, como la obesidad^{60,61}, la bulimia⁶²⁻⁶⁴ y la anorexia nerviosa⁶⁵, si bien otros recientes trabajos relacionan más otros tipos de maltrato infantil con estos problemas⁶⁶. También se han observado problemas de sueño en mujeres víctimas de abuso sexual, al llegar a la adolescencia⁶⁷.

Respecto a las conductas de riesgo para la salud, la experiencia de abuso sexual se ha relacionado en múltiples y diferentes estudios con una mayor propensión al abuso y la dependencia de sustancias nocivas (alcohol, tabaco, marihuana)^{29,68-76}, incluso al ser comparados con otros tipos de maltrato⁷⁷, a un inicio temprano de este trastorno⁷⁸ y a un mayor riesgo de recaídas y peor pronóstico en el tratamiento⁷⁹, tanto en mujeres^{80,81} como en hombres⁸². En relación al tabaco, estos riesgos parecen incrementarse al aumentar el número de experiencias adversas vividas durante la infancia⁸³.

En el área sexual, se observan con frecuencia las denominadas conductas sexuales promiscuas vinculadas a un precoz inicio de la sexualidad y un mayor número de parejas y disfunciones sexuales (una reciente revisión de este

tema es la de TE. Senn et al.⁸⁴) en víctimas de ambos sexos⁸⁵⁻⁸⁸; una mayor tendencia al mantenimiento de relaciones sexuales sin protección, con el consiguiente riesgo de VIH⁸⁷⁻⁹⁰ y de otras enfermedades de transmisión sexual, tanto en varones como en mujeres^{87,88,91}; una mayor frecuencia de embarazos y abortos en edades tempranas, tanto en varones⁹² como en mujeres^{93,94}; así como nuevos embarazo en un corto periodo de tiempo en adolescentes⁹⁵; una mayor tendencia a experimentar sentimientos negativos y de rechazo hacia el embarazo⁹⁶, así como depresión postparto⁹⁷. Estas mismas conductas de riesgo se han observado también en estudios llevados a cabo en culturas no occidentales, como la china⁹⁸ o la de tribus nativas americanas⁹⁹ (tabla 2).

Discusión y conclusiones

El escaso conocimiento que los profesionales de la salud tienen sobre la normalidad anatómica genital y anal, las técnicas de examen ante posibles casos de abuso sexual, así como sobre aquellas enfermedades que pueden conducir a error ante una sospecha de abuso, ha sido subrayado por autores como Johnson¹⁰⁰. Según este autor, si bien es difícil que la víctima de abuso sexual presente lesiones o signos físicos del abuso, es imposible que

reconozcamos esos signos si no los conocemos ("we see what we look for; we look for what we know" [p. 463]).

Conocer los indicadores y consecuencias del abuso sexual para identificarlos y detectarlos tan pronto como sea posible se plantea, por tanto, como una necesidad de la que los profesionales del ámbito sanitario debemos ser conscientes, permitiéndonos reducir algunas de

las consecuencias más graves que esta experiencia puede conllevar o, como mínimo, aplicar programas de tratamiento adecuados y específicos para este tipo de víctimas¹⁰¹.

Como constatan los diversos trabajos publicados al respecto, la vivencia de una experiencia fuertemente estresante, como es el abuso sexual en la infancia, en un período de alta plasticidad

Tabla 2. Consecuencias físicas del abuso sexual infantil

Sintomatología	Referencias
Dolores físicos	26, 38
Fatiga crónica	39, 40
Trastorno de somatización	41
Trastorno de conversión:	43
Crisis no epilépticas	44, 45
Trastornos cardiovasculares	46
Trastornos ginecológicos:	
Dolores pélvicos crónicos	47
Alteraciones del ciclo menstrual	48
Inicio precoz de la menopausia	49
Conductas autolesivas	51-54
Trastornos de la conducta alimentaria:	
Obesidad, bulimia, anorexia nerviosa	55-65
Problemas de sueño	67
Abuso y dependencia de sustancias tóxicas:	29, 68-77
Inicio precoz	78
Mayor riesgo de recaídas, peor pronóstico	79-82
Problemas relacionados con el área sexual:	
Precoz inicio de la sexualidad	85-88
Mayor número de parejas	85-88
Disfunciones sexuales	85-88
Relaciones sexuales sin protección	87-90
Riesgo de VIH y enfermedades de transmisión sexual	87-90
Embarazo y aborto en edades tempranas	92-94
Embarazos adolescentes	95
Continuos sentimientos negativos y de rechazo hacia el embarazo	95
Depresión posparto	96, 97

VIH: virus de inmunodeficiencia humana.

neuronal, puede provocar consecuencias físicas graves. Algunas de estas consecuencias perduran hasta la edad adulta y, si bien permiten sobrevivir al individuo, conllevan un peor estado de salud general y una mayor frecuencia de visitas y tratamientos médicos, con el estrés y malestar asociados a estas prácticas e intervenciones, así como conductas de riesgo que pueden tener graves efectos e importantes repercusiones, tanto a nivel económico como en una pérdida potencial de individuos productivos, para los sistemas de salud

y para la sociedad en general³², incluso en los considerados países desarrollados¹⁰².

De este modo, es imprescindible que los profesionales que trabajan en el ámbito de la salud conozcan las relaciones que las últimas investigaciones han encontrado entre la experiencia de abuso sexual y el desarrollo de múltiples consecuencias físicas, para que puedan evaluarlas de forma adecuada y enfocar los programas de intervención y tratamiento a estas víctimas teniendo en cuenta estos efectos.

Bibliografía

1. Echeburúa E, Guerricaechevarría C. Abuso sexual en la infancia, víctimas y agresores. Un enfoque clínico. Barcelona: Ariel; 2000.
2. López F. Los abusos sexuales de menores. Lo que recuerdan los adultos. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales; 1994.
3. Pereda N, Forns M. Prevalencia y características del abuso sexual infantil en estudiantes universitarios españoles. *Child Abuse Neglect*. 2007;31:417-26.
4. Finkelhor D. The international epidemiology of child sexual abuse. *Child Abuse Neglect*. 1994;18:409-18.
5. Pereda N, Guilera G, Forns M, Gómez-Benito J. The prevalence of child sexual abuse in community and students samples: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2009;29:328-38.
6. Beitchman JH, Zucker KJ, Hood JE, DaCosta GA, Akman D. A review of the short-term effects of child sexual abuse. *Child Abuse Neglect*. 1991;15:537-56.
7. Kendall-Tackett KA, Meyer Williams L, Finkelhor D. Impact of sexual abuse on children: a review and synthesis of recent empirical studies. *Psychol Bull*. 1993;113:164-80.
8. Beitchman JH, Zucker KJ, Hood JE, daCosta GA, Akman D, Cassavia E. A review of the long-term effects of child sexual abuse. *Child Abuse Neglect*. 1992;16:101-18.
9. Molnar BE, Buka SL, Kessler RC. Child sexual abuse and subsequent psychopathology: Results from the National Comorbidity Survey. *Am J Public Health*. 2001;91:753-60.
10. Maniglio R. The impact of child sexual abuse on health: a systematic review of reviews. *Clin Psychol Rev*. 2009;29:647-57.

11. Hussey JM, Chang JJ, Kotch JB. Child maltreatment in the United States: prevalence, risk factors, and adolescent health consequences. *Pediatrics*. 2006;118:933-42.
12. Casado Flores J, Díaz Huertas JA, Martínez González C. Niños maltratados. Madrid: Ediciones Díaz de Santos; 1997.
13. Pou Fernández J, Comas i Masmitjà LI, Petitbó Rafart MD, Ibáñez Fanés M, Macías Borràs C. Abuso sexual. Experiencia en una unidad funcional de abusos a menores. *Bienestar Protección Infantil*. 2002;1:57-69.
14. García Algar O, Mur Sierra A. Abuso sexual en la infancia: prevención de las enfermedades de transmisión sexual. *An Pediatr*. 2001; 54:267-71.
15. Boonma M, Bhoopat T, Treratwerapong T, Jintanadilong A. Physical effects of sexually abused children and adolescents at Taksin Hospital. *J Med Assoc Thai*. 2007;90:2608-15.
16. Ellis JC, Ahmad S, Molyneux EM. Introduction of HIV post-exposure prophylaxis for sexually abused children in Malawi. *Arch Dis Child*. 2005;90:1297-9.
17. Serrano García MI, Tolosa Benedicto E, Forner Navarro L. Oral lesions due to child abuse. Identification of the problem and role of the professional. *Med Oral*. 2001;6:276-89.
18. Atabaki S, Paradise JE. The medical evaluation of the sexually abused child: lessons from a decade of research. *Pediatrics*. 1999;104:178-86.
19. Merritt DF. Genital trauma in children and adolescents. *Clin Obstet Gynecol*. 2008;51:237-48.
20. Lewin LC. Sexually transmitted infections in preadolescent children. *J Pediatr Health Care*. 2007;21:153-61.
21. Hanson RF, Davis JL, Resnick HS, Saunders BE, Kilpatrick DG, Holmes M, et al. Predictors of medical examination following child and adolescent rapes in a national sample of women. *Child Maltreatment*. 2001;6:250-9.
22. McClain N, Girardet R, Lahoti S, Cheung K, Berger K, McNeese M. Evaluation of sexual abuse in the pediatric patient. *J Pediatr Health Care*. 2000;14:93-102.
23. Davy E. The endoscopy patient with a history of sexual abuse: strategies for compassionate care. *Gastroenterol Nurs*. 2006;29:221-5.
24. Leserman J. Sexual abuse history: prevalence, health effects, mediators, and psychological treatment. *Psychosom Med*. 2005;67:906-15.
25. Hulme PA. Theoretical perspectives on the health problems of adults who experienced childhood sexual abuse. *Issues Ment Health Nurs*. 2004;25:339-61.
26. Chartier MJ, Walker JR, Naimark B. Childhood abuse, adult health, and health care utilization: results from a representative community sample. *Am J Epidemiol*. 2007;165:1031-8.
27. Springer KW, Sheridan J, Kuo D, Carnes M. Long-term physical and mental health consequences of childhood physical abuse: results from a large population-based sample of men and women. *Child Abuse Neglect*. 2007;31:517-30.
28. Sachs-Ericsson N, Blazer D, Plant EA, Arnow B. Childhood sexual and physical abuse and the 1-year prevalence of medical problems in the National Comorbidity Survey. *Health Psychol*. 2005;24:32-40.
29. Afifi TO, Enns MW, Cox BJ, de Graaf R, ten Have M, Sareen J. Child abuse and health-related quality of life in adulthood. *J Nerv Ment Dis*. 2007;195:797-804.
30. Swanston HY, Plunkett AM, O'Toole BI, Shrimpton S, Parkinson PN, Oates RK. Nine years after child sexual abuse. *Child Abuse Neglect*. 2003;27:967-84.

31. Talbot NL, Chapman B, Conwell Y, McCollum K, Franus N, Cotescu S, et al. Childhood sexual abuse is associated with physical illness burden and functioning in psychiatric patients 50 years of age and older. *Psychosom Med*. 2009;71:417-22.
32. Walker EA, Unutzer J, Rutter C, Gelfand A, Saunders K, VonKorff M, et al. Health care use by women hmo members with a history of childhood abuse and neglect. *Arch Gen Psychiat*. 1999;56:609-13.
33. Romans S, Belaise C, Martin J, Morris E, Raffi A. Childhood abuse and later medical disorders in women. An epidemiological study. *Psychother Psychosom*. 2002;71:141-50.
34. Draper B, Pfaff JJ, Pirkis J, Snowdon J, Lautenschlager NT, Wilson I, et al. Long-term effects of childhood abuse on the quality of life and health of older people: results from the Depression and Early Prevention of Suicide in General Practice Project. *J Am Geriatr Soc*. 2008;56:262-71.
35. Fiddler M, Jackson J, Kapur N, Wells A, Creed F. Childhood adversity and frequent medical consultations. *Gen Hosp Psychiatry*. 2004;26:367-77.
36. Jonzon E, Lindblad F. Adult female victims of child sexual abuse: multitype maltreatment and disclosure characteristics related to subjective health. *J Interpers Violence*. 2005;20:651-66.
37. Thakkar RR, McCanne TR. The effects of daily stressors on physical health in women with and without a childhood history of sexual abuse. *Child Abuse Neglect*. 2000;24:209-21.
38. Linton SJ. A prospective study of the effects of sexual or physical abuse on back pain. *Pain*. 2002;96:347-51.
39. Taylor RR, Jason LA. Chronic fatigue, abuse-related traumatization, and psychiatric disorders in a community-based sample. *Soc Sci Med*. 2002;55:247-56.
40. Taylor RR, Jason LA. Sexual abuse, physical abuse, chronic fatigue, and chronic fatigue syndrome: a community-based study. *J Nerv Ment Dis*. 2001;189:709-15.
41. Paras ML, Murad MH, Chen LP, Goranson EN, Sattler AM, Colbenson KM, et al. Sexual abuse and lifetime diagnosis of somatic disorders. A systematic review and meta-analysis. *JAMA*. 2009;302:550-61.
42. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.). Washington, DC: Author; 1994.
43. Roelofs K, Keijsers GPJ, Hoogduin KAL, Näring GWB, Moene FC. Childhood abuse in patients with conversion disorder. *Am J Psychiat*. 2002;159:1908-13.
44. Sharpe D, Faye C. Non-epileptic seizures and child sexual abuse: A critical review of the literature. *Clin Psychol Rev*. 2006;26:1020-40.
45. Fisman A, Alves-Leon SV, Nunes RG, D'Andrea I, Figueira I. Traumatic events and posttraumatic stress disorder in patients with psychogenic nonepileptic seizures: A critical review. *Epilepsy Behav*. 2004;5:818-25.
46. Batten SV, Aslan M, Maciejewski PK, Mazure CM. Childhood maltreatment as a risk factor for adult cardiovascular disease and depression. *J Clin Psychiatry*. 2004;65:249-54.
47. Poleshuck EL, Bair MJ, Kroenke K, Watts A, Tu X, Giles DE. Pain and depression in gynecology patients. *Psychosomatics*. 2009;50: 270-6.
48. Allsworth JE, Clarke J, Peipert JF, Hebert MR, Cooper A, Boardman LA. The influence of stress on the menstrual cycle among newly incarcerated women. *Womens Health Issues*. 2007;17:202-9.
49. Allsworth JE, Zierler S, Krieger N, Harlow BL. Ovarian function in late reproductive years in

relation to lifetime experiences of abuse. *Epidemiology*. 2001;12:676-81.

50. Wijma B, Schei B, Swahnberg K, Hilden M, Offerdal K, Pikarinen U, et al. Emotional, physical, and sexual abuse in patients visiting gynaecology clinics: a Nordic cross-sectional study. *Lancet*. 2003;361:2107-13.

51. Hicks KM, Hinck SM. Concept analysis of self-mutilation. *J Adv Nurs*. 2008;64:408-13.

52. Klonsky E, Moyer A. Childhood sexual abuse and non-suicidal self-injury: Meta-analysis. *Brit J Psychiat*. 2008;192:166-70.

53. Weaver TL, Chard KM, Mechanic MB, Etzel JC. Self-injurious behaviors, PTSD arousal, and general health complaints within a treatment-seeking sample of sexually abused women. *J Interpers Violence*. 2004;19:558-75.

54. Sinclair JM, Crane C, Hawton K, Williams JM. The role of autobiographical memory specificity in deliberate self-harm: correlates and consequences. *J Affect Disord*. 2007;102:11-8.

55. Owens GP, Chard KM. Comorbidity and psychiatric diagnoses among women reporting child sexual abuse. *Child Abuse Neglect*. 2003;27:1075-82.

56. Polivy J, Herman CP. Causes of eating disorders. *Annu Rev Psychol*. 2002;53:187-213.

57. Kong S, Bernstein K. Childhood trauma as a predictor of eating psychopathology and its mediating variables in patients with eating disorders. *J Clin Nurs*. 2009;18:1897-907.

58. Romans SE, Gendall KA, Martin JL, Mullen PE. Child sexual abuse and later disordered eating: A New Zealand epidemiological study. *Int J Eat Disorder*. 2001;29:380-92.

59. de Groot J, Rodin G. The relationship between eating disorders and childhood trauma. *Psychiatr Ann*. 1999;29:225-9.

60. Rohde P, Ichikawa L, Simon GE, Ludman EJ, Linde JA, Jeffery RW, et al. Associations of child sexual and physical abuse with obesity and depression in middle-aged women. *Child Abuse Neglect*. 2008;32:878-87.

61. Noll JG, Zeller MH, Trickett PK, Putnam FW. Obesity risk for female victims of childhood sexual abuse: a prospective study. *Pediatrics*. 2007;120:61-7.

62. Matsunaga H, Kaye WH, McConaha C, Plotnicov K, Pollice C, Rao R, et al. Psychopathological characteristics of recovered bulimics who have a history of physical or sexual abuse. *J Nerv Ment Dis*. 1999;187:472-7.

63. Léonard S, Steiger H, Kao A. Childhood and adulthood abuse in bulimic and nonbulimic women: prevalences and psychological correlates. *Int J Eat Disord*. 2003;33:397-405.

64. Groth-Marnat G, Michel N. Dissociation, comorbidity of dissociative disorders, and childhood abuse in a community sample of women with current and past bulimia. *Soc Behav Pers*. 2000;28:279-92.

65. Fairburn CG, Cooper Z, Doll H, Welch SL. Risk factors for anorexia nervosa. *Arch General Psychiat*. 1999;56:468-76.

66. Kent A, Waller G, Dagnan D. A greater role of emotional than physical or sexual abuse in predicting disordered eating attitudes: the role of mediating variables. *Int J Eat Disord*. 1999;25:159-67.

67. Noll JG, Trickett PK, Susman EJ, Putnam FW. Sleep disturbances and childhood sexual abuse. *J Pediatr Psychol*. 2006;31:469-80.

68. Bentley T, Widom CS. A 30-year follow-up of the effects of child abuse and neglect on obesity in adulthood. *Obesity*. 2009;17:1900-5.

69. Kendler K, Bulik C, Silberg J, Hettema J, Myers J, Prescott C. Childhood sexual abuse and adult psychiatric and substance use disorders in

women: an epidemiological and cotwin control analysis. *Arch Gen Psychiat*. 2000;57:953-9.

70. Gydycz CA, Orchowski LM, King CR, Rich CL. Sexual victimization and health-risk behaviours. *J Interpers Violence*. 2008;23:744-63.

71. Jasinski JL, Williams LM, Siegel J. Childhood physical and sexual abuse as risk factors for heavy drinking among African-American women: a prospective study. *Child Abuse Neglect*. 2000;24:1061-71.

72. Hughes TL, Johnson TP, Wilsnack SC, Szalacha LA. Childhood risk factors for alcohol abuse and psychological distress among adult lesbians. *Child Abuse Neglect*. 2007;31:769-89.

73. Putnam F. Ten-year research update review: Child sexual abuse. *J Am Acad Child Psy*. 2003;42:269-78.

74. Duncan AE, Sartor CE, Scherrer JF, Grant JD, Heath AC, Nelson EC, et al. The association between cannabis abuse and dependence and childhood physical and sexual abuse: evidence from an offspring of twins design. *Addiction*. 2008;103:990-7.

75. Pederson CL, Vanhorn DR, Wilson JF, Martorano LM, Venema JM, Kennedy SM. Childhood abuse related to nicotine, illicit and prescription drug use by women: pilot study. *Psychol Rep*. 2008;103:459-66.

76. Fergusson DM, Boden JM, Horwood LJ. The developmental antecedents of illicit drug use: evidence from a 25-year longitudinal study. *Drug Alcohol Depend*. 2008;96:165-77.

77. Moran PB, Vuchinich S, Hall NK. Associations between types of maltreatment and substance use during adolescence. *Child Abuse Neglect*. 2004;28:565-74.

78. Zlotnick C, Johnson DM, Stout RL, Zywiak WH, Johnson JE, Schneider RJ. Childhood abuse and intake severity in alcohol disorder patients. *J Trauma Stress*. 2006;19:949-59.

79. Rosen CS, Ouimette PC, Sheikh JI, Gregg JA, Moos RH. Physical and sexual abuse history and addiction treatment outcomes. *J Stud Alcohol*. 2002;63:683-7.

80. Liebschutz J, Savetsky JB, Saitz R, Horton NJ, Lloyd-Travaglini C, Samet JH. The relationship between sexual and physical abuse and substance abuse consequences. *J Subst Abuse Treat*. 2002;22:121-8.

81. Hyman SM, Paliwal P, Chaplin TM, Mazure CM, Rounsaville BJ, Sinha R. Severity of childhood trauma is predictive of cocaine relapse outcomes in women but not men. *Drug Alcohol Depend*. 2008;92:208-16.

82. Morrill AC, Kasten L, Urato M, Larson MJ. Abuse, addiction, and depression as pathways to sexual risk in women and men with a history of substance abuse. *J Subst Abuse*. 2001;13:169-84.

83. Anda RF, Croft JB, Felitti VJ, Nordenberg D, Giles WH, Williamson DF, et al. Adverse childhood experiences and smoking during adolescence and adulthood. *JAMA*. 1999;282:1652-8.

84. Senn TE, Carey MP, Venable PA. Childhood and adolescent sexual abuse and subsequent sexual risk behavior: evidence from controlled studies, methodological critique, and suggestions for research. *Clin Psychol Rev*. 2008;28: 711-35.

85. Najman JM, Dunne MP, Purdie DM, Boyle FM, Coxeter PD. Sexual abuse in childhood and sexual dysfunction in adulthood: an Australian population-based study. *Arch Sex Behav*. 2005; 34:517-26.

86. Pitzner JK, McGarry-Long J, Drummond PD. A history of abuse and negative life events in patients with a sexually transmitted disease and in a community sample. *Child Abuse Neglect*. 2000;24:715-31.

87. Hillis SD, Anda RF, Felitti VJ, Marchbanks PA. Adverse childhood experiences and sexual

risk behaviors in women: a retrospective cohort study. *Fam Plann Perspect*. 2001;33:206-11.

88. Van Roode T, Dickson N, Herbison P, Paul C. Child sexual abuse and persistence of risky sexual behaviors and negative sexual outcomes over adulthood: Findings from a birth cohort. *Child Abuse Neglect*. 2009;33:161-72.

89. Parillo KM, Freeman RC, Collier K, Young P. Association between early sexual abuse and adult HIV-risky sexual behaviors among community-recruited women. *Child Abuse Neglect*. 2001;25:335-46.

90. Mimiaga MJ, Noonan E, Donnell D, Safren SA, Koenen KC, Gortmaker S, et al. Childhood sexual abuse is highly associated with HIV risk-taking behavior and infection among MSM in the EXPLORE Study. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2009;51:340-8.

91. Hillis SD, Anda RF, Felitti VJ, Nordenberg D, Marchbanks PA. Adverse childhood experiences and sexually transmitted diseases in men and women: a retrospective study. *Pediatrics*. 2000;106:e11.

92. Anda RF, Chapman DP, Felitti VJ, Edwards V, Williamson DF, Croft JB, et al. Adverse childhood experiences and risk of paternity in teen pregnancy. *Obstet Gynecol*. 2002;100:37-45.

93. Noll JE, Shenk CE, Putnam KT. Childhood sexual abuse and adolescent pregnancy: A meta-analytic update. *J Pediatr Psychol*. 2009;34:366-78.

94. Hillis SD, Anda RF, Dube SR, Felitti VJ, Marchbanks PA, Marks JS. The association between adverse childhood experiences and adolescent pregnancy, long-term psychosocial conse-

quences, and fetal death. *Pediatrics*. 2004;113:320-7.

95. Jacoby M, Gorenflo D, Black E, Wunderlich C, Eyler AE. Rapid repeat pregnancy and experiences of interpersonal violence among low-income adolescents. *Am J Prev Med*. 1999;16:318-21.

96. Jundt K, Haertl K, Knobbe A, Kaestner R, Frieze K, Peschers UM. Pregnant women after physical and sexual abuse in Germany. *Gynecol Obstet Invest*. 2009;68:82-7.

97. Records K, Rice MJ. A comparative study of postpartum depression in abused and non-abused women. *Arch Psychiatr Nurs*. 2005;19:281-90.

98. Chen J, Dunne MP, Han P. Child sexual abuse in Henan province, China: associations with sadness, suicidality, and risk behaviors among adolescent girls. *J Adolesc Health*. 2006;38:544-9.

99. Koss MP, Yuan NP, Dightman D, Prince RJ, Polacca M, Sanderson B, et al. Adverse childhood exposures and alcohol dependence among seven Native American tribes. *Am J Prev Med*. 2003;25:238-44.

100. Johnson CF. Child sexual abuse. *Lancet*. 2004;364:462-70.

101. Havig K. The health care experiences of adult survivors of child sexual abuse: a systematic review of evidence on sensitive practice. *Trauma Violence Abuse*. 2008;9:19-33.

102. Gilbert R, Widom CS, Browne K, Ferguson D, Webb E, Janson S. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet*. 2009;373:68-81.

