

Diagnóstico y abordaje de secuelas por abuso sexual infantil, en tres mujeres consultantes a un servicio de salud mental de hospital general

Diagnosis and treatment of consequences of infant sexual abuse in three women patients of a mental health general hospital

Verónica Vitriol G.¹, Myriam Vásquez², Ignacio Iturra L.² y Carolina Muñoz R.³

Child sexual abuse is frequently reported as antecedent among women seeking health care due to depression symptoms. We report, using evidence-based methodology, three cases of women attending a regional hospital in Chile, with the diagnosis of severe depression and the antecedent of child sexual abuse. We analyse the elements that have been retrospectively associated with the psychopathological consequences of child sexual abuse, particularly post traumatic stress disorder (PTSD), sexual dysfunction, revictimization, and transgenerational transmission. These cases were managed and solved by the health care team in a few sessions, at different levels, being helped by the active quest for child sexual abuse antecedents among them.

Key words: Sexual abuse, post traumatic stress disorder, sexual dysfunction, revictimization, transgenerational transmission.

Rev Chil Neuro-Psiquiat 2007; 45 (1): 20-28

El abuso sexual infantil produce diversas consecuencias psicológicas, biológicas y emocionales en el largo plazo. Es un antecedente que se pesquisa entre un 34% y 53% de los pacientes que consultan por problemas de salud mental^{1,2}, asociado a los trastornos afectivos, ansiosos,

alimentarios, consumo de sustancias, desórdenes de personalidad y mayor morbilidad médica asociada a policonsulta³⁻⁸. Diversos estudios señalan que mujeres con antecedentes de abuso sexual sufren más experiencias traumáticas sexuales en su vida adulta, como asimismo hay más abuso sexual

Recibido: 2 de marzo de 2006

Aceptado: 7 de diciembre de 2006

¹ Médico Psiquiatra Universidad Chile, Magíster Psicología mención Psicoanálisis Universidad Andrés Bello. Jefe Unidad de Salud Mental, Hospital de Curicó.

² Psicólogos Clínicos. Unidad de Salud Mental, Hospital de Curicó

³ Asistente Social Unidad de Salud Mental, Hospital de Curicó.

Sin conflictos de interés.

en hijos de mujeres con historias de trauma sexual infantil⁹⁻¹⁰.

Algunos de estos hallazgos los hemos ido corroborando en el Servicio de Salud Mental del Hospital de Curicó¹¹. En esta unidad funciona desde el año 2002 un Programa de Atención Especializada para mujeres con cuadros psicopatológicos severos y antecedentes de abuso sexual infantil¹². Este enfoque ha permitido profundizar en la comprensión de las repercusiones psicopatológicas que en el largo plazo se producen por experiencias traumáticas sufridas en la infancia. Además, se ha ido constatando la importancia que tiene para el pronóstico biopsicosocial de estas pacientes, la mayor preparación del equipo de salud mental en abordar activamente los antecedentes traumáticos sexuales y entender algunas de sus consecuencias¹³.

Lo anterior lo ilustraremos con tres casos clínicos.

Caso 1

Mujer 43 años, casada, segundo año básico, evangélica, dueña de casa, seis hijos (cuatro mujeres y dos varones entre veinticinco y once años de edad).

Derivada por primera vez al Servicio de Salud Mental del Hospital de Curicó, desde el centro asistencial en el que asistían a su hija menor de once años por ser víctima de abuso sexual. Desde hacía dos meses presentaba intensa angustia, insomnio de conciliación, falta de ánimo progresivo, incapacidad para realizar las actividades domésticas habituales, ideación suicida y cefalea crónica.

Los síntomas, excepto la cefalea, se desencadenaron cuando se enteró que su “hija de once años había sido muchas veces violada por el marido de su segunda hija”. La denuncia la realizó el Director del establecimiento educacional, quién se informó de lo anterior cuando la hija relató su situación de abuso en el colegio, con el fin de proteger a una compañera de curso del violador. Junto a esta denuncia, la hija mayor, de veinticinco años, delató que el mismo sujeto había abu-

sado sexualmente de ella desde los ocho años en forma reiterada. Cuando la paciente se enteró de estos acontecimientos surgió en ella gran culpa y la sensación de haber sido una “tonta” por no haber protegido a sus hijas.

Antecedentes Mórbidos

Desde la adolescencia sufría de cefalea crónica por la que consultaba en forma periódica en la atención primaria. En tratamiento en el Consultorio por diabetes e hipertensión arterial de cinco años de evolución. Padecía además de una disfunción sexual severa por una frigidez primaria, este síntoma no lo había develado.

Antecedentes Familiares

Nació en una zona de extrema ruralidad y aislamiento, la menor de ocho hermanos, cuatro mujeres. Estudió hasta segundo básico. La madre la retiró del colegio por dificultades escolares, la descalificó durante la infancia diciéndole que era una “tonta”. No recuerda problemas de violencia intrafamiliar en su niñez, sin embargo, la madre se ausentaba frecuentemente del hogar por motivos religiosos. Lo anterior facilitó que el padre mantuviera relaciones incestuosas con todas sus hijas, incluyendo la paciente con quién mantuvo esta situación abusiva desde los ocho años hasta los 14 años. Este antecedente la paciente lo había silenciado y lo develó por primera vez al inicio del tratamiento psiquiátrico.

A los dieciseis años falleció el padre y luego la madre. Posteriormente, se casó con su actual marido, veinte años mayor que ella. Excepto por su disfunción sexual, que el marido no lograba comprender, no había problemas de pareja.

Su incesto no lo había develado a pesar que éste estaba permanentemente en sus pensamientos, reapareciendo como imágenes intrusivas cada vez que tenía relaciones sexuales con su marido. Estas imágenes interferían severamente con su deseo sexual. Por lo anterior uno de sus grandes temores era que sus hijas no fuesen a ser víctimas de incesto y no las dejó nunca a solas con su marido pensando que: “todos los padres hacían lo mismo: eran malos con las hijas”. Sin embar-

go, estos mismos cuidados no los tuvo con el yerno.

Durante el tratamiento la paciente señaló que desde chica fue considerada la “tonta” y el abuso sexual al que estuvieron expuestas sus hijas se lo confirmó. Se sentía culpable por no haber entendido los mensajes de su hija mayor quién permanentemente le decía que no invitase al yerno. Tampoco comprendió los síntomas de su hija menor quien se aisló, dejó de alimentarse y asearse cuando comenzó a ser abusada, la paciente los atribuyó a la menstruación incluso a ella le pegó.

Tratamiento y Evolución

Después de la entrevista en la que habló de su secreto, la paciente se agravó, con indicación de hospitalización, la cual la paciente rechazó. Su mejoría comenzó a la tercera sesión, cuando la paciente relató su experiencia traumática a sus hijas y especialmente a su marido, recibiendo de él comprensión y apoyo.

El tratamiento en el Servicio de Psiquiatría, fue principalmente de apoyo farmacológico con imipramina 75 mg y alprazolam 0,5 mg. Continuó en control en esta Unidad hasta la remisión total de los síntomas depresivos, incluyendo la cefalea. Luego, a los seis meses, fue derivada a la atención primaria.

El apoyo psicoterapéutico lo recibió en el mismo centro donde recibió ayuda la hija menor. Éste consistió en elaborar la culpa por lo sucedido a sus hijas y reeducación respecto a la sexualidad femenina. De todos los síntomas, la frigidez no se modificó en absoluto.

Caso 2

Mujer de 35 años, con segundo año de enseñanza media completa, casada, una hija de 8 años y un hijo de 1 año dos meses.

Asistió al consultorio de atención primaria por síntomas angustiosos y depresivos de ocho años de evolución, sin tratamiento, e iniciados posteriormente al nacimiento de su hija mayor. La sintomatología se había exacerbado en el últi-

mo año, después del nacimiento de su segundo hijo. Junto a lo anterior, golpeaba a su hija, por lo que el marido le sugirió consultar a especialistas. Fue derivada a la Unidad de Psiquiatría por la pesquisa que hizo el médico general del antecedente de abuso sexual infantil, que hasta esa fecha la paciente había silenciado.

Antecedentes

Fue golpeada durante su infancia por un padre alcohólico, quién abusó de ella con caricias sexuales sin penetración, desde los diez años hasta los quince, período en que ella abandonó el colegio y se trasladó a otra ciudad a trabajar como asesora del hogar. En la primera casa donde trabajó fue violada por el hijo de la patrona. Esta experiencia traumática la silenció por susto, vergüenza y culpa. Posteriormente, presentó angustia, pesadillas e imágenes intrusivas de la violación que cedieron espontáneamente al mes, con el abandono del lugar de trabajo. Estos síntomas se reactivaron un año después, cuando divisó casualmente en la calle al victimario y nuevamente cedieron espontáneamente con el regreso de la paciente a su lugar de origen.

Se casó e inició sin problemas su vida sexual. Durante su primer embarazo comenzó a presentar angustia relacionada con la idea de tener una hija, a la que le podría suceder lo mismo que a ella, es decir, ser violada. La angustia aumentó cuando la bebé nació, agregándose en el puerperio anhedonia, intolerancia, irritabilidad y labilidad emocional, síntomas por los cuales no consultó.

Al reiniciar su vida sexual, después del parto, en una oportunidad en que el marido estaba bajo el efecto del alcohol, reaparecieron imágenes y percepciones olfativas de cuando el padre abusaba sexualmente de ella. La paciente volvió a “sentir el olor de su padre” cerca de ella. Antes de este episodio tenía recuerdos borrosos del abuso sufrido en su niñez. Después de este incidente, las imágenes del abuso infantil se presentaron egodistómicamente cada vez que tenía relaciones sexuales. Además, aparecieron síntomas de hipervigilancia y conductas evitativas en relación a la vida

sexual, originándose una frigidez secundaria con serios problemas en la relación de pareja.

La violación y la disfunción sexual no habían sido develadas por la paciente. Un ejemplo de lo anterior se constata en su ficha clínica, es así como en una consulta a ginecología, previa a su matrimonio, por un fibroadenoma mamario, el médico que la atendió en esa oportunidad consignó en los antecedentes: nulípara sin relaciones sexuales, sin referencia a sus antecedentes traumáticos sexuales.

Evolución y tratamiento

La paciente experimentó un gran alivio cuando el médico general le preguntó por el antecedente de abuso sexual. Uno de los aspectos que más la había angustiado durante su vida era el miedo que otras personas, incluyendo su marido, supiesen de su historia traumática sexual, pues se imaginaba que sería rechazada y enjuiciada, lo que para su alivio no ocurrió.

Con el equipo de la especialidad habló de sus otros antecedentes traumáticos. Posteriormente a la tercera intervención, la paciente refirió sus traumas a su marido, quien no sólo la comprendió sino que también le brindó apoyo. Después de este acontecimiento la paciente mejoró sustancialmente, remitieron los síntomas depresivos, la disfunción sexual y el maltrato a su hija.

Asistió en total a cinco controles en la Unidad de Psiquiatría en los que se constató su mejoría. Durante ese tiempo se la trató con fluoxetina 20 mg/día y meleril 25 mg/día. A los seis meses el equipo de salud mental se enteró que la paciente estaba asintomática, trabajando y sin conflictos de pareja.

Caso 3

Mujer 39 años, dueña de casa, analfabeta, casada, cinco hijos vivos, uno muerto (dos pares de gemelos), una nieta.

Derivada a la Unidad de Psiquiatría desde la Atención Primaria con diagnóstico de depresión crónica de 11 años de evolución, iniciada en el

último postparto y asociada por la paciente a una esterilización quirúrgica.

El año previo a la derivación, los síntomas depresivos habían empeorado por la aparición de varios intentos de suicidio (sobredosis de psicofármacos, intento de ahorcamiento y deseos de tirarse a la línea del tren), abuso de alcohol, alucinaciones auditivas y alteraciones del sueño. Junto a estos síntomas se inició una disfunción sexual severa. La paciente relacionaba el empeoramiento de sus síntomas con la preocupación de perder a su marido por sus problemas sexuales.

Ingresó con el diagnóstico de depresión severa. Inició tratamiento en forma ambulatoria con amitriptilina y fue derivada a la psicóloga de la Unidad, quien se estaba capacitando junto al resto del equipo de salud mental en un modelo de atención especializado para pacientes con traumas biográficos.

Al inicio de su psicoterapia la paciente relató por primera vez a un profesional del equipo de salud que había padecido de abuso sexual durante su infancia. Desde esa fecha en forma periódica presentaba recuerdos intrusivos de estas experiencias.

Antecedentes

Nació en un lugar de extrema ruralidad, su madre se suicidó siendo ella un bebé, situación de la que se enteró a los veintiún años. El padre se casó nuevamente, sufrió durante su infancia malos tratos físicos y psicológicos de quién ella consideró su madre.

A los 14 años padeció abusos sexuales de su hermano mayor, quién incluso intentó violarla. Esta situación la develó a sus padres quienes en un comienzo no le creyeron, sin embargo, posteriormente el padre sorprendió al hermano y lo expulsó de la casa.

A los 21 años al enterarse de la realidad de quién era su madre, huyó de su casa para contraer matrimonio a escondidas. En un principio no aparecieron problemas de pareja, posteriormente hay una infidelidad del marido. Tuvo seis hijos, dos pares de gemelos; de los gemelos mayores uno de

ellos falleció siendo lactante, en el parto de su segundo par de gemelas fue esterilizada, aparentemente, sin su consentimiento. En el postparto aparecieron en forma progresiva síntomas depresivos y una severa disfunción sexual. Este último síntoma era atribuido por la paciente, constituyendo una idea casi delirante, a la esterilización. Posteriormente, durante el tratamiento asoció su disfunción sexual a la presencia de “recuerdos de su infancia” durante el acto sexual.

Dos de sus hijos también sufrieron abuso sexual en su infancia por parte de un conocido de la familia. De esta situación la paciente tomó conocimiento cuando el mayor de los hijos, a los 17 años, develó su abuso sufrido a los 12 años, para proteger a una hermana de 14 años quien estaba siendo abusada sexualmente por el mismo sujeto. Este hombre fue denunciado y sentenciado.

Tratamiento y Evolución

Se trató ambulatoriamente, con el compromiso de no intentar contra su vida, con amitriptilina hasta 150 mg.

Considerando los antecedentes de suicidio, la intervención psicoterapéutica se focalizó en reforzar conductas de autocuidado, brindándole un espacio para hablar de sus experiencias traumáticas, incluyendo el abuso infantil. Cuando se le sugirió involucrar a su marido en el tratamiento, para trabajar la disfunción sexual, la noche previa a la consulta psicológica de pareja, la paciente le reveló su experiencia traumática infantil la que le había silenciado por temor y vergüenza. Con lo anterior, el marido cambió la actitud de rechazo a la paciente y participó activamente apoyando el tratamiento.

A partir de la intervención de pareja la paciente mejoró sustancialmente, remitieron los síntomas depresivos y la disfunción sexual. Asistió a dos controles más con psicóloga (en total fueron cinco intervenciones) en los que se constató su mejoría. Seis meses después se constató que la paciente continuaba asintomática con dosis de 50 mg de amitriptilina suministrados en la atención primaria. Participaba activamente en el proyecto

Puente y estaba estudiando para completar su educación. Al preguntarle qué fue lo que la ayudó, señaló el haber sido: “escuchada, comprendida y no juzgada”.

Discusión

Los casos expuestos ilustran algunos de los aspectos que, en estudios retrospectivos, se ha asociado a las consecuencias psicopatológicas del abuso sexual infantil. Destacando la relación de este suceso con el TEPT (Trastorno por Estrés Postraumático), los fenómenos de revictimización sexual y transmisión transgeneracional.

Actualmente, se sabe que los traumas infantiles son un factor de riesgo para el desarrollo de TEPT¹⁴. Específicamente, respecto al abuso sexual, Coid en usuarias de la atención primaria constató que las experiencias de abuso sexual vivenciadas antes de los 16 años se asociaron en cinco veces a la presencia de TEPT¹⁵.

El TEPT es una entidad clínica que habitualmente se diagnostica, tal cual los casos presentados, en comorbilidad con otro diagnóstico del Eje I, que usualmente es el Trastorno Depresivo Mayor^{16,17}. Lo anterior se debe a que la presencia de TEPT favorece el desarrollo de un primer episodio depresivo mayor¹⁸, así como la depresión mayor produce una mayor vulnerabilidad para el desarrollo de un TEPT^{19,20}. Además, varios de los factores de riesgo descritos para un episodio depresivo mayor como son: el antecedente de algún episodio previo, historia de maltrato infantil y género femenino también lo son para el TEPT^{21,22}. La comorbilidad entre depresión y PTSD aumenta el riesgo suicida^{23,24}.

La revictimización sexual, como lo es la violación, es otro de los fenómenos asociados al abuso sexual infantil. Arata, en 212 mujeres abusadas durante la infancia, encontró que un tercio sufrió de nuevos traumas sexuales²⁵, las revictimizadas presentaron más síntomas de TEPT y disociativos que las víctimas que sólo padecieron abuso sexual infantil. Coid, en 1.207 mujeres usuarias de la atención primaria, constató específicamente que el coito no deseado ante los 16 años se

relacionaba a violencia doméstica en la adultez y violaciones posteriores⁹.

Otra de las consecuencias de las experiencias de abuso en la infancia que está siendo estudiada y que aparece en las historias de estas pacientes, es la transmisión transgeneracional e intergeneracional del maltrato infantil. Bailey, en una muestra de 179 preadolescentes, encontró un riesgo 3,6 mayor de abuso sexual en hijas de madres con antecedentes de abuso sexual²⁶. En nuestro medio, Maida demostró una relación significativa entre el antecedente de abuso sexual en madres con hijos en tratamiento por abuso sexual²⁷.

Los casos presentados permiten aproximarse a algunas de las interrelaciones complejas que pueden suscitarse entre experiencias sexuales de la infancia, traumas biográficos posteriores y el inicio de la psicopatología adulta.

La paciente del caso 1 presenta síntomas de TEPT crónico, probablemente iniciado en forma inmediata al incesto. En ella la comorbilidad depresiva mayor, que originó la consulta al especialista, se desencadenó cuando tomó conocimiento de las experiencias traumáticas sexuales a las que estuvieron expuestas sus hijas, probablemente por no haber podido evitarles, a pesar de tenerlo presente, el vivir una situación semejante a la que ella vivió. El caso 2 el TEPT que padece la paciente es de origen tardío, por resignificación del abuso sexual de la infancia y no la violación. Este último trauma actuó como factor que aumentó la vulnerabilidad psicológica de la paciente en el momento de la maternidad, específicamente de una hija, al conectarla con aquellos aspectos devaluados de ella en relación al género femenino. Las imágenes de abuso sexual reaparecieron por la asociación de un estímulo olfativo, en un momento en que la paciente estaba cursando una probable depresión posparto. En el caso 3, el suicidio de la madre hace pensar en una predisposición hereditaria de la paciente a un trastorno anímico, el cual al parecer se inició durante el último post parto de sus gemelas asociado a la esterilización. Se puede plantear que en esta paciente este acontecimiento la hizo resignificar sus duelos anteriores, incluyendo su

biografía traumática infantil, activando las imágenes intrusivas del abuso sufrido en la infancia.

Lo común en los tres casos presentados es que los síntomas están asociados con: el nacimiento o situaciones de vida relacionadas con las hijas, transmisión trasgeneracional e intergeneracional de experiencias traumáticas infantiles (específicamente en dos de ellas abuso sexual) y la presencia de disfunciones sexuales severas asociadas a las imágenes intrusivas del trauma sexual infantil durante las relaciones sexuales adultas.

Existen estudios que constatan la presencia de disfunciones sexuales asociadas a experiencias de victimización sexual infantil. Kinzl, en 202 mujeres, encontró la presencia de falta de deseo sexual y anorgosmia asociadas a experiencias a fenómenos repetidos de abuso sexual infantil. Se plantea que estas disfunciones sexuales serían de origen principalmente emocional, sin embargo, llama la atención que en estas tres pacientes las alteraciones sexuales están claramente asociadas a las imágenes intrusivas del abuso sexual infantil durante las relaciones sexuales adultas, que a su vez podrían explicar las conductas evitativas en el área sexual. Esta relación entre síntomas de TEPT y disfunción sexual debiera ser estudiada en mayor profundidad por sus implicancias terapéuticas.

Desde el punto de vista del manejo terapéutico, los tres casos expuestos demuestran la vital importancia que adquiere el explorar en pacientes, con cuadros depresivos crónicos y severos, los antecedentes de abuso sexual infantil sin entrar, ya que en estas pacientes no hay un componente legal inminente, en la polémica si corresponden a experiencias de fantasía o realidad. Bulik, en un estudio realizado en 412 gemelas, estableció que uno de los factores protectores de la psicopatología en mujeres con antecedentes de abuso sexual infantil, era la presencia de un confidente que validara sus experiencias³⁰. Podemos suponer que, en este caso, el equipo de salud en sus distintos niveles de atención ocupó el lugar del confidente que las pacientes necesitaban para validar, sin ser juzgadas, sus experiencias traumáticas sexuales. Esta estrategia permitió que las pacientes trasladasen esta experiencia a su rela-

ción de pareja, contribuyendo lo anterior al rápido alivio sintomático y, en dos de ellas, a revertir el daño que se estaba produciendo en su sexualidad. Al parecer revelar la historia de abuso infantil a la pareja y no ser juzgada por ellos pudiese ser un valioso recurso a considerar para el tratamiento en este tipo de casos.

Considerando que frente a los traumas y sus consecuencias los servicios de salud han respondido al igual que el resto de la sociedad, mediante el silencio y muchas veces la retraumatización^{31,32}, constituye una prioridad estudiar y validar con metodologías adecuadas situaciones como las expuestas³³. Los casos presentados mues-

tran que gracias a una mayor preparación del equipo de salud, el solo hecho de preguntar lo que habitualmente no se pregunta y escuchar lo que generalmente los clínicos no escuchan constituyó una estrategia efectiva y eficiente que ayudó a revertir situaciones crónicas que estaban repercutiendo severamente en la vida de estas pacientes y sus familias. Por último, resulta importante no olvidar la labor preventiva de los equipos de salud en el trauma y abuso sexual infantil, ya que a partir del abordaje del vínculo materno y resignificar el mismo, es posible reforzar conductas de autocuidado y educación sexual hacia los hijos.

Resumen

El abuso sexual infantil es un antecedente frecuente de encontrar en mujeres que consultan, en los Servicios de Salud, por síntomas depresivos. El objetivo de esta comunicación es ilustrar lo previamente expuesto con tres casos clínicos de mujeres que consultaron en el Servicio de Psiquiatría del Hospital de Curicó con el diagnóstico de depresión severa. Los casos expuestos, ilustran algunos de los aspectos que en estudios retrospectivos se han asociado a las consecuencias psicopatológicas del abuso sexual infantil, destacando la relación de este suceso con el TEPT (Trastorno por Estrés Postraumático), disfunción sexual, fenómenos de revictimización sexual y transmisión transgeneracional. El abordaje realizado por el equipo de salud, en sus diversos niveles de atención, permitió la resolución de los motivos de consulta de estas pacientes en pocas intervenciones. Contribuyó a lo anterior la pesquisa activa de los antecedentes traumáticos sexuales. Se señala la importancia de estudiar y validar, con metodologías basadas en la evidencia, casos clínicos como los que a continuación se presentan.

Palabras clave: Abuso sexual, Trastorno por estrés postraumático, disfunción sexual, revictimización sexual, transmisión transgeneracional.

Referencias

1. Edwards V J, Hokden G W, Felitti V J, Anda R F. Relationship between multiple forms of childhood maltreatment and adult mental health in community respondents: Results from the adverse childhood experiences study. *Am J Psychiatry* 2003; 160: 1453-60.
2. Spataro J, Mullen P, Burgess P, Wells D, Moss S. Impact of child sexual abuse on mental health: prospective study in males and females. *Br J Psychiatry* 2004; 186: 416-42.
3. Kendler K S, Bulik C M, Silberg J, Hetemna J M, Myers J, Prescott C A. Childhood sexual abuse and adult psychiatric and substance use disorders: an epidemiological and cotwin control analysis.

- Arch Gen Psychiatry 2000; 57: 953-9.
4. Stein M B, Walker J R, Anderson G, Alzen H, Ross C A, Elridge G, *et al.* Childhood physical and sexual abuse in patients with anxiety disorders and in a community sample. *Am J Psychiatry* 1996; 156: 275-7.
 5. Mulder R, Beautrais A, Joyce P, Fergusson D. Relationship between dissociation, childhood abuse, childhood physical abuse, and mental illness in a general population sample. *Br J Psychiatry* 2000; 179: 482-94.
 6. Weiss L, Longhurst J, Mazure C. Childhood sexual abuse as a risk factor for depression in women: Psychosocial and neurobiological correlates. *Am J Psychiatry* 1999; 156: 816-28.
 7. McClelland L, Mynors-Wallis L, Fahy T, Treasure J. Sexual abuse, disordered personality and eating disorders. *Br J Psychiatry* 1991; 10: 63-8.
 8. Walker E, Kato W. Sexual aggression history in patients with irritable colon or intestinal inflammatory disease. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 1502-6.
 9. Walker E, Unutzer J, Rutter C, Gelfand A, Saunders K, Vonkorff M, *et al.* Costs of healthcare use by women HMO members with a history of childhood abuse and neglect. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56: 609-13.
 10. Coid J, Petrukevitch A, Feder G, Chung W S, Richardson J, Moorey S. Relation between childhood and sexual abuse and risk of revictimisation in women: a cross sectional survey. *Lancet* 2001; 358: 450-4.
 11. Collin-Vezina D, Cyr M. Current understanding about intergenerational transmission of child sexual abuse. *Child Abuse Negl* 2003; 27: 489-507.
 11. Vitriol V. Relación entre psicopatología adulta y antecedentes de trauma infantil. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 2005; 43: 83-7.
 12. Vitriol V. Programa de atención especializada a pacientes con antecedentes traumáticos en la Unidad de Salud Mental del Hospital de Curicó. En: Florenzano R, Weil P, Carvajal C, Cruz C ed. *Trauma Infanto- Juvenil y Psicopatología adulta*. Santiago: Editorial Corporación de Promoción Universitaria 2005; 67-83.
 13. Vitriol V, Gomberoff M, Basualto M E, Ballesteros S. Relación entre trastorno por estrés postraumático, abuso sexual infantil y revictimización sexual. En proceso de revisión *Rev Méd Chile*.
 14. Marty C, Carvajal C. Maltrato infantil como factor de riesgo de trastorno por estrés postraumático en la adultez. *Rev Chil Neuropsiquiatr* 2005; 43: 180-7.
 15. Coid J, Petrukevitch A, Chung W S. Abusive experiences and psychiatric morbidity in women primary care attenders. *Br J Psychiatry* 2003; 183: 332-9.
 16. O'Donnell M, Creamer M, Pattison F. Posttraumatic stress disorder following trauma: Understanding comorbidity. *Am J Psychiatry* 2004; 161: 1390-6.
 17. Breslau N, Davis G C, Peterson E L, Schultz L R. A second look at comorbidity in victims of trauma: the posttraumatic stress disorder-major depression connection. *Biol Psychiatry* 2000; 48: 902-9.
 18. Kendler K S, Gardner C O, Prescott C A. Toward a comprehensive developmental model for major depression in women. *Am J Psychiatry* 2002; 159: 1133-45.
 19. Breslau N, Davis G C, Peterson E L, Schultz L. Psychiatric sequelae of posttraumatic stress disorder in women. *Arch Gen Psychiatry* 1997; 54: 81-7.
 20. Bromet E, Sonnega A, Kessler R C. Risk factors for DSM-III-R posttraumatic stress disorder: findings from the National Comorbidity Survey. *Am J Epidemiol* 1998; 147: 353-61.
 21. Breslau N, Kessler R C, Chilcoat H D, Schultz L R, Davis G C, Andreski P. Trauma and posttraumatic stress disorder in the community. *Arch Gen Psychiatry* 1998; 55: 626-32.
 22. Carlson E B, Rosser-Hogan R. Trauma experiences, posttraumatic stress, dissociation, and depression in Cambodian refugees. *Am J Psychiatry* 1991; 148: 1548-51.
 23. Oquendo M, Friend J, Halberstham J, Brodsky B, Burke A, Grunebaum M, *et al.* Association of comorbid Posttraumatic stress disorder and major depression with greater risk for suicidal behavior. *Am J Psychiatry*; 160: 580-2.
 24. Gladstone G L, Parker G B, Mitchell P B, Malhi G S, Wilhelm K, Austin M P. Implications of childhood trauma for depressed women: and analysis of pathways from childhood sexual abuse to

- deliberate self harm and revictimization. *Am J Psychiatry* 2004; 161: 1417-25.
25. Arata C. From child victim to adult victim: a model for predicting sexual revictimization. *Child Maltreat* 2000; 5: 28-8.
 26. Mc Closkey L, Bailey J. The intergenerational transmission of risk for child sexual abuse. *J Interp Violence* 15: 1019-35.
 27. Maida A M, Molina M E, Basualto C, Bahamondes C, Loevendagar X, Abarca C. El abuso sexual de las madres. ¿Es un predictor del abuso sexual de los hijos? *Rev Chil Pediatr* 2005; 76: 41-7.
 28. Kinzl J F, Traweber C, Biebl W. Sexual dysfunctions: relationship to childhood sexual abuse and early family experiences in a non clinical sample. *Child abuse neglect* 1995 ; 17: 785-92.
 29. Mullen P E, Martin J L, Anderson J C, Romans C E, Herbison G P. The effect of sexual abuse on social, interpersonal and sexual function in adult life. *Br J Psychiatry* 1994; 165: 35-47.
 29. Leonard L M, Follete V M. Sexual functioning in women reporting a history of child sexual abuse: review of the empirical literature and clinical implications. *Annu Rev sex* 2002; 13: 346-88.
 30. Bulik C M, Prescott C, Kendler K S. Features of childhood sexual abuse and the development of psychiatric and substance use disorders. *Br J Psychiatry* 2001; 199: 444-9.
 31. McCauley J, Kern D E, Kolodner K. Clinical characteristics of women with a history of childhood abuse. Unhealed wounds. *JAMA* 1997; 277: 1362-68.
 32. Richardson J, Feder G, Ellridge S, Chung W S, Coid J, Moorey S. Women who experience domestic violence and women survivors of childhood abuse: a survey of health professionals attitudes and clinical practices. *Br J Gen Practices* 2001; 51: 468-70.
 33. Rosenberg S D, Muesser K T, Friedman M J, Gorman P G, Drake R E, Vivader R M, et al. Developing effective treatments for posttraumatic stress disorders among people with severe mental illness. *Psychiatr Serv* 2001; 52: 1453-61

Correspondencia:
 Verónica Vitriol G.
 Dirección: Prat 111 oficina 211.
 Teléfono 075-317471.
 E-mail: vero_vg 419@hotmail.com