

## ORIGINAL RESEARCH

# Sexual abuse and dysfunction in people with addiction problems and the general population. A descriptive study

Sonia Franco Jaén<sup>1,2,\*</sup>, Jose Manuel Rodríguez González<sup>2</sup>, Amor Espinosa García<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Andalusian Institute of Sexology and Psychology, 29001 Málaga, Spain

<sup>2</sup>Department of Personality, Evaluation and Treatment, Faculty of Psychology, University of Seville, 41020 Seville, Spain

<sup>3</sup>Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences, University of Cádiz, Puerto Real, 1101 Cádiz, Spain

**\*Correspondence**

[sonfrajae@cop.es](mailto:sonfrajae@cop.es)  
(Sonia Franco Jaén)

**Abstract**

The fact of having suffered Childhood Sexual Abuse (ASI) is considered a risk factor for the subsequent development of sexual dysfunctions, these being more frequent among women than among men. The objective of this work is to analyze the different sexual dysfunctions in people who have suffered ASI, with addiction problems and in the general population. The sample is made up of 426 participants (241 men and 185 women). A retrospective *ex post facto* study has been carried out using a sociodemographic data questionnaire (*ad hoc*) and the Golombok Rust Inventory of Sexual Satisfaction (GRISS). For data analysis, the Kolomogorov-Smirnov and Mann Whitney U tests were performed. The Mann-Whitney U test has been carried out to verify if there are significant differences between the people who present sexual dysfunction, between the groups that have suffered sexual abuse and have addiction problems, and the group that has not suffered sexual abuse and have addiction problems. The results indicate that the variables in which significant differences are found are the following: Dissatisfaction ( $p = 0.013$ ), Avoidance ( $p < 0.001$ ), No sensuality ( $p = 0.008$ ), Vaginismus ( $p < 0.001$ ), Anorgasmia ( $p < 0.001$ ), erectile dysfunction ( $p = 0.045$ ), and premature ejaculation ( $p = 0.007$ ). The average scores that have been obtained among people who have addiction problems, without having suffered ASI in comparison with those who have suffered it, are the following: Dissatisfaction (5.09 vs. 6.41), Avoidance (2.03 vs. 2.22), No Sensuality (2.96 vs. 4.50), Vaginismus (0.88 vs. 2.94), Anorgasmia (0.97 vs. 3.78), Erectile Dysfunction (2.41 vs. 1.69), Premature Ejaculation (3.60 vs. 2.22). People who have suffered ASI present, with a greater probability, sexual dysfunctions than those who have not suffered it.

**Keywords**

Child sexual abuse; Sexual dysfunction; Addiction; Descriptive study

## Abusos sexuales y disfunciones en personas con problemas de adicción y población en general. Un estudio descriptivo

### Resumen

El hecho de haber sufrido Abuso Sexual Infantil (ASI) se considera un factor de riesgo para el posterior desarrollo disfunciones sexuales, siendo estas más frecuentes entre las mujeres que entre los hombres. El objetivo que tiene el presente trabajo es analizar las diferentes disfunciones sexuales en las personas que han sufrido ASI, con problemas de adicción y en la población general. La muestra la componen 426 participantes (241 hombres y 185 mujeres). Se ha llevado a cabo un estudio expostfacto retrospectivo y para ello se ha empleado un cuestionario de datos sociodemográficos (*ad hoc*) y el Golombok Rust Inventory of Sexual Satisfaction (GRISS). Para el análisis de los datos se han realizado las pruebas de Kolomogorov-Smirnov y U de Mann Whitney. Se ha realizado la prueba U de Mann-Whitney para verificar si existen diferencias significativas entre las personas que presentan disfunción sexual, entre los grupos que han sufrido abuso sexual y tiene problemas de adicción, y el grupo que no ha sufrido abusos sexuales y tiene problemas de adicción. Los resultados señalan que las variables en las que se encuentran diferencias significativas son las siguientes: Insatisfacción ( $p = 0.013$ ), Evitación ( $p < 0.001$ ), No sensualidad ( $p = 0.008$ ), Vaginismo ( $p < 0.001$ ), Anorgasmia ( $p < 0.001$ ), Disfunción eréctil ( $p = 0.045$ ), y Eyaculación precoz ( $p = 0.007$ ). Las puntuaciones medias que se han obtenido entre las personas que tienen problemas de adicción, sin haber sufrido ASI en comparación con las que si lo han sufrido son las siguientes: Insatisfacción (5.09 vs. 6.41), Evitación (2.03 vs. 2.22), No sensualidad (2.96 vs. 4.50), Vaginismo (0.88 vs. 2.94), Anorgasmia (0.97 vs. 3.78), Disfunción eréctil (2.41 vs. 1.69), Eyaculación precoz (3.60 vs. 2.22). Las personas que han sufrido ASI presentan, con una mayor probabilidad, disfunciones sexuales que aquellas otras que no lo han sufrido.

### Palabras Clave

Abuso Sexual Infantil; Disfunciones sexuales; Adicción; Estudio descriptivo

## 1. Introducción

### 1.1 Abusos sexuales en la infancia

El Abuso Sexual Infantil (ASI) se ha definido de diferentes maneras, pero todas las definiciones coinciden en el hecho de someter a un menor a actividades sexuales que no pueden comprender y que implican una conculcación de las normas y leyes vigentes. Otra característica en la definición del ASI gira en torno a la diferencia de edad y conocimientos entre víctima y agresor, esto hace que haya una diferencia de poder entre ambos [1]. Existen dos formas de abuso dependiendo de si hay contacto físico, como caricias, frotamientos, penetración, *etc.* o si no se da contacto físico (exhibicionismo, masturbación delante del menor, *etc.*) [2].

En España, el porcentaje de quienes han sufrido ASI se sitúa en torno a un 10–15% en hombres y 20–25% en mujeres [3, 4]. Por su parte, las personas que han sufrido ASI suelen evitar hablar de esta situación como estrategia de afrontamiento al malestar [5]. Esto hace que exista una escasa denuncia de los ASI y, en muchas ocasiones, que, en la vida adulta, se desarrollen adicciones como herramienta para paliar el sufrimiento de este trauma [6]. La prevalencia de las personas que han sufrido abuso y han desarrollado problemas de adicción es más alta que las que no lo han sufrido, 20.9% vs. 2.3%.

Es sobradamente conocido que la mayoría de los ASI (entre 65% y 85%) suelen darse entre familiares de la víctima (padres, hermanos, *etc.*) o personas relacionadas (profesorado, entrenadores, *etc.*) y tienen una mayor duración en el tiempo. En otras ocasiones, el ASI puede ser causado por personas desconocidas, siendo eventos más aislados temporalmente y violentos [7].

No todas las personas que sufren ASI manifiestan dificultades o problemas psicológicos, pero los trastornos más rela-

cionados con el ASI suelen ser episodios depresivos, trastorno por Estrés Postraumático (TEPT), trastorno Límite de Personalidad, trastornos de la Alimentación, problemas en la esfera afectiva-sexual, trastornos Disociativos de la Personalidad y dependencia a sustancias, entre otros. Estas consecuencias se pueden observar en las víctimas tanto a corto, como a medio y largo plazo [8].

### 1.2 Disfunciones sexuales

Master y Johnson [9] definen la disfunción sexual como una alteración en la respuesta sexual de la persona, en cualquiera de sus fases, y que provoca un malestar significativo. Son estos autores quienes promueven que los trastornos sexuales comiencen a ser valorados en el campo de la salud. Según la CIE 11 [10], “las disfunciones sexuales son síndromes que comprenden las diversas formas en que las personas adultas pueden tener dificultades para experimentar relaciones sexuales satisfactorias y no coercitivas. Para ser considerada una disfunción sexual, debe haber sido persistente o recurrente durante un período de al menos varios meses; ocurrir con frecuencia, y estar asociada con malestar clínicamente significativo”.

Las disfunciones sexuales afectan de forma negativa a la satisfacción sexual y conyugal, y a la calidad de vida [11, 12]. En cuanto a las tipologías, los datos indican que las más frecuentes en las mujeres son las de deseo y excitación, mientras que en los hombres son la eyaculación precoz y la disfunción eréctil [13]. A pesar de que la edad es un predictor, hay un estudio que muestra que entre los 16 y los 22 años, un 78.6% de los chicos y un 84.4% de las chicas refieren haber tenido algún problema sexual [14]. Otros predictores son el índice de masa corporal, estilo de vida, comorbilidades físicas y tratamiento médico se identifican como predictores de la

disfunción en ambos sexos [15–17].

### 1.3 Disfunciones sexuales en personas con problemas de adicción

Las personas con problemas de adicción presentan un mayor porcentaje de disfunciones sexuales que las personas que no los tienen [18]. Según el estudio de Mishra y Srivastava [19], el abuso de sustancias es un factor de riesgo para la disfunción sexual, ya que observaron que la disfunción eréctil, la anorgasmia y la insatisfacción fueron estadísticamente mayores en las personas con historia de abuso de sustancias de más de 10 años. Sin embargo, los estudios no suelen hablar de cómo influye el ASI en la sexualidad según la orientación sexual de una persona y si el consumo de sustancias oculta esta problemática.

### 1.4 ASI y disfunciones sexuales

El hecho de haber sufrido ASI se considera un factor de riesgo para la aparición de disfunciones sexuales en adultos, siendo más frecuentes entre las mujeres que entre los hombres [20]. En el primer caso, la presencia de ASI se ha vinculado con las disfunciones sexuales y la menor satisfacción sexual percibida [21], concretamente con el desarrollo de vaginismo y la dispareunia [22]. En el caso del abuso sexual, el intento de penetración o la penetración se asocia con la aparición posterior de mayores dificultades de excitación y mayor rechazo a las relaciones sexuales, así como con menos confianza en sí mismas y dificultades comunicativas con la pareja [21].

En el caso de los hombres hay menos investigación al respecto. Según Sarwer [23], el hecho de haber sufrido abusos sexuales no parece influir en la sexualidad masculina. Sin embargo, la reciente revisión realizada por Gewirtz-Meydan y Opuda [24] expone que se han encontrado estudios que vinculan problemas de bajo impulso, excitación y dificultades en el orgasmo en varones con el hecho de haber sufrido ASI.

El ASI también se ha asociado con la presencia de dificultades relacionales y disminución de la autoconciencia que llevaría a problemas de ansiedad sexual y disminución de la satisfacción sexual. Algunos trabajos [25], recurren a que la explicación radica en el hecho de que las víctimas han tenido un apego inseguro con sus correspondientes figuras de referencia tras el ASI.

Entre los mecanismos para explicar la relación entre ASI y salud sexual en mujeres se recurre a las asociaciones cognitivas con la sexualidad, autoesquemas sexuales, activación del sistema nervioso simpático, imagen corporal y estima, y vergüenza y culpa. Estos pueden dar lugar a una falta de emociones positivas en lo referente a la sexualidad. Entre los tratamientos más efectivos en estos casos se encuentran la terapia sexual basada en atención plena y los tratamientos de escritura expresiva [25].

El objetivo que tiene el presente estudio es analizar las diferentes disfunciones sexuales en las personas que han sufrido ASI, con problemas de adicción y en la población general.

## 2. Material y método

### 2.1 Procedimiento

Para la realización de este estudio se ha seguido un diseño de corte transversal de tipo *expost-facto* retrospectivo, es decir, se ha seleccionado a los sujetos una vez ocurrido la variable independiente (el ASI), y en el que el investigador no puede manipular esta variable, según lo indican del Río *et al.* [26]. La muestra se seleccionó de forma intencional y siguiendo el método de bola de nieve. Para ello se contactó con diferentes centros de tratamientos de adicciones nacionales, con estudiantes universitarios y divulgación a través de formulario drive. La muestra global se desglosó en un grupo de casos (personas en tratamiento por adicciones o que hubiesen sufrido ASI) y un grupo control (familiares de personas en tratamiento, estudiantes, profesionales y voluntariado). Para ello se solicitó a los participantes que realizaran unos cuestionarios.

### 2.2 Características de la muestra

La muestra la componen 426 participantes de los que el 56.57% (241) son hombres y el 43.43% (185) mujeres. La edad media de los hombres es de 39.26 (Desviación Típica (DT) = 9.61), teniendo el más joven 18 años y 74 años el de más edad. La edad media de la muestra de mujeres es de 36.17 (DT = 12.48), teniendo la más joven 18 años, y la mayor 68 años. En relación al estado civil, el 62.21% (265) afirma ser soltero, el 23.71% (101) casado, el 11.97% (51) divorciado, y el 2.11% (9) afirma ser pareja de hecho. Respecto al nivel de estudios, el 41.32% (176) tiene estudios primarios, el 32.16% (137) formación universitaria (grado, licenciatura, máster o doctorado), el 26.06% (111) posee estudios secundarios (bachillerato, grado medio o superior), y sólo un 0.47% (2) afirmaba no tener estudios. Respecto a la orientación sexual, el 89.91% (383) se definen heterosexuales, el 3.05% (13) bisexuales, el 2.82% (12) homosexuales, el 0.47% (2) asexuales, y un 3.76% (16) no han contestado esta pregunta. Finalmente, el 11.57% (50) de la muestra total han informado haber sufrido abusos sexuales en la infancia, y el 62.21% (265) han reconocido tener algún tipo de adicción. De las personas que han sufrido ASI el 64% (32) tienen un problema de adicción. El grupo control está formado por el 33.57% (143) de la muestra total.

### 2.3 Instrumentos

- Cuestionario de recogida de datos *ad-hoc*. Se ha diseñado una pauta de recogida de información sobre las siguientes áreas de la persona: datos sociodemográficos (edad, sexo, nivel cultural, *etc.*), datos médicos, acontecimientos vitales importantes, historia de comportamientos adictivos y datos legales.

- Golombok Rust Inventory of Sexual Satisfaction (GRISS) [27]. Es un inventario diseñado para evaluar la presencia de disfunciones sexuales. Consta de 28 ítems en una escala tipo Likert con 5 opciones de respuesta. Las dimensiones que se miden son la no sensualidad, insatisfacción, no comunicación, evitación, anorgasmia (mujeres), vaginismo (mujeres), eyaculación precoz (hombres) y disfunción eréctil (hombres). Se compone de dos versiones, una para los hombres y otra para las mujeres. En la versión validada española [28] las dos versiones tienen una alta fiabilidad (hombres: 0.864; mujeres: 0.924).

## 2.4 Análisis de datos

Se han realizado los análisis descriptivos de la muestra. También se ha realizado la prueba de Kolmogorov-Smirnov para comprobar el criterio de normalidad de la muestra y la prueba U de Mann-Whitney para la comparación entre grupos. Todos estos cálculos se han llevado a cabo con el software IBM® SPSS® versión 24 (Armonk, NY, USA).

## 3. Resultados

Tras realizar la prueba de Kolmogorov-Smirnov, el resultado indica que no se cumple la normalidad de los datos de cada uno de los cuestionarios utilizados ( $p < 0.001$ ). Este resultado es esperable y habitual teniendo en cuenta la forma en la que se han recogido los datos, por lo que el análisis ha tenido en cuenta la sensibilidad de los mismos. Las puntuaciones medias que se han obtenido entre las personas que tienen problemas de adicción, sin haber sufrido ASI en comparación con las que si lo han sufrido son las siguientes: Insatisfacción (5.09 vs. 6.41), Evitación (2.03 vs. 2.22), No sensualidad (2.96 vs. 4.50), Vaginismo (0.88 vs. 2.94), Anorgasmia (0.97 vs. 3.78), Disfunción eréctil (2.41 vs. 1.69), Eyaculación precoz (3.60 vs. 2.22). Se ha realizado la prueba U de Mann-Whitney para verificar si existen diferencias significativas entre las personas que presentan disfunción sexual, entre los grupos que han sufrido abuso sexual y tiene problemas de adicción, y el grupo que no ha sufrido abusos sexuales y tiene problemas de adicción. Los resultados señalan que las variables en las que se encuentran diferencias significativas son las siguientes: Insatisfacción ( $p = 0.013$ ), Evitación ( $p < 0.001$ ), No sensualidad ( $p = 0.008$ ), Vaginismo ( $p < 0.001$ ), Anorgasmia ( $p < 0.001$ ), Disfunción eréctil ( $p = 0.045$ ), y Eyaculación precoz ( $p = 0.007$ ).

En relación a las puntuaciones obtenidas, se observa (ver Tabla 1) que el mayor porcentaje de disfunciones se concentra en personas con abusos sexuales y con problemas de

adicción, excepto en las disfunciones femeninas (vaginismo y anorgasmia) que el mayor porcentaje se encuentra entre las personas que han sufrido ASI y no tienen problemas de adicción. En concreto, se puede destacar que de las personas que han sufrido abusos sexuales y tienen un problema de adicción, las mayores puntuaciones se encuentran en evitación y vaginismo, coincidiendo con las personas que no tienen un problema de adicción. Respecto a las personas que no han sufrido abuso sexual y tienen un problema de adicción, el mayor porcentaje de disfunciones sexuales se encuentran en eyaculación precoz y disfunción eréctil, mientras que en las personas que no tienen un problema de adicción, se destaca el vaginismo y la evitación de nuevo.

## 4. Discusión

El objetivo que ha tenido el presente estudio ha sido analizar las diferentes disfunciones sexuales en las personas que han sufrido ASI, con problemas de adicción y en la población en general. Los resultados muestran que existe un mayor porcentaje de disfunciones en las personas que han sufrido ASI, coincidiendo con el estudio de Wang *et al.* [20], que lo define como un factor de riesgo para estas. No se puede olvidar que el manejo de número absolutos facilita la percepción errónea de similaridad de dichos datos. En concreto, las escalas que más se relacionan con el ASI, en este estudio, son la evitación y el vaginismo, que coincide en parte con las conclusiones del trabajo de Tetik y Alkar [22], ya que consideran que el ASI es un factor de riesgo para el vaginismo y la dispareunia. Además, las disfunciones más habituales en población femenina son vaginismo (1–7%) y dispareunia (8–22%) [29]. También se encuentran diferencias significativas en el caso de la insatisfacción sexual percibida, como ya planteaba López *et al.* [21], y Bigras, *et al.* [30]. En el caso de los hombres también se han encontrado relación entre ASI y

**TABLA 1. Frecuencia y porcentaje de disfuncionalidad por escalas del cuestionario GRISS.**

	Abuso sexual							
	Sí (n = 50) Adicción				No (n = 376) Adicción			
	Sí (n = 32)		No (n = 18)		Sí (n = 233)		No (n = 143)	
	N	%	N	%	N	%	N	%
No comunicación	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Infrecuencia	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Insatisfacción	4	12.90	2	11.11	25	10.73	4	2.80
Evitación	13	40.63	7	38.69	26	11.16	21	14.69
No sensualidad	2	6.25	0	0.00	3	1.29	0	0.00
Vaginismo	7	21.88	8	44.44	16	6.87	35	24.48
Anorgasmia	1	3.13	1	5.56	0	0.00	2	1.40
Disfunción eréctil	3	9.38	1	5.56	28	12.02	2	1.40
Eyaculación precoz	5	15.63	1	5.56	64	27.47	4	2.80

*Nota: debido a que en cada grupo la N es diferente, el porcentaje se refiere solo a la disfuncionalidad en cada grupo, la diferencia hasta el 100% serían los sujetos funcionales en cada grupo concreto.*

disfunciones sexuales [24], sobre todo en disfunción eréctil y eyaculación precoz [13].

Respecto a las personas con problemas de adicción, se observa cómo no siempre son estas las que tienen un mayor porcentaje de disfunciones sexuales, en contra de lo esperado, y de lo que concluyen otros autores en sus estudios [18, 19]. Estos resultados pueden estar mediados por la tendencia de las personas con adicción a tener un comportamiento deshonesto acerca de sus dificultades sexuales [31]. Siguiendo esta línea se ha realizado una búsqueda en la Web of Science de los últimos 5 años (2017–2022) en la que se puede observar el bajo número de estudios que se realizan sobre las adicciones o el ASI y las disfunciones. Se pueden encontrar una diferencia importante entre las temáticas, habiendo 306.418 artículos que hablen de adicciones frente a 50.723 cuando buscamos por disfunciones o 17.699 en el caso de los ASI. Si unimos las variables ASI y disfunciones la cifra desciende a 3.356 artículos; y adicciones y disfunciones 1.456. Esto refleja la importancia de seguir estudiando estas últimas variables que son importantes en la vida de una persona adulta y teniéndolas en cuenta en los procesos terapéuticos de las personas con problemas de adicción.

Una de las limitaciones del estudio es la diferencia de sujetos entre grupos, ya que se ha recibido menor participación por parte de las personas que han sufrido ASI. Para futuras líneas de investigación habría que seguir aumentando el tamaño de la muestra, sobre todo de personas con ASI. Esto permitiría tener una visión más global sobre las dificultades de estas personas en el área sexual y poder mejorar los tratamientos.

## 5. Conclusiones

Después de los análisis realizados se concluye que las personas que han sufrido ASI pueden presentar una probabilidad más alta de tener disfunciones sexuales que las que no lo han sufrido. Las disfunciones sexuales más frecuentes en el caso de las mujeres son la evitación y vaginismo, mientras que en los hombres son la eyaculación precoz y la disfunción eréctil.

## DISPONIBILIDAD DE DATOS Y MATERIALES

Los datos están contenidos en este Artículo.

## CONTRIBUCIONES DE AUTOR

SFJ, AEG—diseñaron el estudio de investigación, realizaron la investigación, analizaron los datos y escribieron el manuscrito; JMRG—escribió y revisó el manuscrito.

## APROBACIÓN ÉTICA Y CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR

El estudio cuenta con la aprobación del comité de ética y el consentimiento de todos los participantes (1532-N-18).

## AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, agradecer a los distintos centros de adicciones que han participado en este estudio, como Proyecto Hombre Alicante, Proyecto Hombre Almería, Proyecto Hombre provincia de Cádiz, Proyecto Hombre Cantabria, Proyecto Hombre Castilla La Mancha, Proyecto Hombre Galicia, Proyecto Hombre Granada, Proyecto Hombre La Rioja, Proyecto Hombre Sevilla, Proyecto Hombre Valladolid. Además, agradecer al Instituto Andaluz de Sexología y Psicología y a la facultad de psicología de Cádiz y de Sevilla por la confianza depositada en esta investigación.

## FONDOS

Esta investigación no recibió financiación externa.

## CONFLICTO DE INTERESES

Los autores no declaran conflicto de intereses.

## REFERENCIAS

- [1] López M, Müller M. Prevention of sexual abuse in childhood: teaching guide. 1st edn. Editorial Maipue: Ituzaingó. 2018.
- [2] del Río Olvera FJ. Assistance to victims. 2nd edn. Sotavento: Spain. 2021.
- [3] López F, Hernández A. Child sexual abuse: concept, prevalence and effects. *Infancia y Aprendizaje*. 1995; 18: 77–98.
- [4] Pereda N, Abad J, Guilera G. Lifetime prevalence and characteristics of child sexual victimization in a community sample of Spanish adolescents. *Journal of Child Sexual Abuse*. 2016; 25: 142–158.
- [5] Cortés DC, Justicia FJ. Coping with childhood sexual abuse and long-term psychological adjustment. *Psychotheme*. 2008; 20: 509–515.
- [6] Pérez del Río F, Mestre Guardiola M. Sexual abuse in childhood and adult drug addiction. *Psychologist Papers*. 2013; 34: 144–149.
- [7] Echeburúa E, de Corral P. Emotional consequences in victims of sexual abuse in childhood. *Cuadernos de Medicina Forense*. 2006; 12: 75–82.
- [8] Pérez del Río F, Mestre Guardiola M. Drug addiction and sexuality. 1st edn. Biblioteca Nueva: Spain. 2016.
- [9] Masters W, Johnson VE. Human sexual response. 1st edn. Intermédica: Buenos Aires. 1966.
- [10] Organización Mundial de la Salud. CIE-11 International Classification of Diseases for mortality and morbidity statistics. 2019. Available at: <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/es> (Accessed: 05 August 2023).
- [11] Nappi PRE, Cucinella L, Martella S, Rossi M, Tiranini L, Martini E. Female sexual dysfunction (FSD): prevalence and impact on quality of life (QoL). *Maturitas*. 2016; 94: 87–91.
- [12] Rosen RC, Althof S. Impact of premature ejaculation: the psychological, quality of life, and sexual relationship consequences. *The Journal of Sexual Medicine*. 2008; 5: 1296–1307.
- [13] McCabe MP, Sharlip ID, Lewis R, Atalla E, Balon R, Fisher AD, *et al.* Incidence and prevalence of sexual dysfunction in women and men: a consensus statement from the fourth international consultation on sexual medicine 2015. *The Journal of Sexual Medicine*. 2016; 13: 144–152.
- [14] O’Sullivan LF, Byers ES, Brotto LA, Majerovich JA, Fletcher J. A longitudinal study of problems in sexual functioning and related sexual distress among middle to late adolescents. *Journal of Adolescent Health*. 2016; 59: 318–324.
- [15] Nordin R, Soni T, Kaur A, Loh K, Miranda S. Prevalence and predictors of erectile dysfunction in adult male outpatient clinic attendees in Johor, Malaysia. *Singapore Medical Journal*. 2019; 60: 40–47.
- [16] Enzlin P, Mathieu C, Van den Bruel A, Vanderschueren D, Demyttenaere

- K. Prevalence and predictors of sexual dysfunction in patients with type 1 diabetes. *Diabetes Care*. 2003; 26: 409–414.
- [17] McCool-Myers M, Theurich M, Zuelke A, Knuettel H, Apfelbacher C. Predictors of female sexual dysfunction: a systematic review and qualitative analysis through gender inequality paradigms. *BMC Women's Health*. 2018; 18: 108.
- [18] Del Río FJ, Cabello F, Fernández I. Influence of substance use on the erectile response in a sample of drug users. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 2015; 15: 37–43.
- [19] Mishra SK, Srivastava M. Sexual dysfunction substance abuse and dependence: a cross-sectional survey. *ASEAN Journal of Psychiatry*. 2018; 19: 1.
- [20] Wang S, Chang J, Cao L, Li Y, Yuan M, Wang G, *et al*. The relationship between child sexual abuse and sexual dysfunction in adults: a meta-analysis. *Trauma, Violence, & Abuse*. 2023; 24: 2772–2788.
- [21] López S, Faro C, Lopetegui L, Pujol-Ribera E, Monteagudo M, Cobo J, *et al*. Impact of sexual abuse during childhood-adolescence on the sexual and emotional relationships of adult women. *Gaceta Sanitaria*. 2017; 31: 210–219. (In Spanish)
- [22] Tetik S, Yalçınkaya Alkar Ö. Vaginismus, dyspareunia and abuse history: a systematic review and meta-analysis. *The Journal of Sexual Medicine*. 2021; 18: 1555–1570.
- [23] Sarwer DB, Crawford I, Durlak JA. The relationship between childhood sexual abuse and adult male sexual dysfunction. *Child Abuse & Neglect*. 1997; 21: 649–655.
- [24] Gewirtz-Meydan A, Opuda E. The impact of child sexual abuse on men's sexual function: a systematic review. *Trauma, Violence, & Abuse*. 2022; 23: 265–277.
- [25] Pulverman CS, Kilimnik CD, Meston CM. The impact of childhood sexual abuse on women's sexual health: a comprehensive review. *Sexual Medicine Reviews*. 2018; 6: 188–200.
- [26] Del Río FJ, Cabello-García MA, Cabello-Santamaría F. Guide for the classification of clinical research articles for the *International Journal of Andrology*. *Revista Internacional de Andrología*. 2018; 16: 107–111.
- [27] Rust J, Golombok S. The Golombok Rust Sexual Satisfaction Inventory (GRISS). *British Journal of Clinical Psychology*. 1985; 24: 63–64.
- [28] Cabello-Santamaría F, del Río FJ, Cabello-García MA. Validation of the Spanish version of the golombok rust inventory of sexual satisfaction. *Revista Internacional de Andrología*. 2021; 19: 123–128.
- [29] Becerra-Alfonso YA. Female sexual pain disorders: a review of its definition, etiology and prevalence. *Medicas UIS*. 2015; 28: 267–272.
- [30] Bigras N, Godbout N, Briere J. Child sexual abuse, sexual anxiety, and sexual satisfaction: the role of self-capacities. *Journal of Child Sexual Abuse*. 2015; 24: 464–483.
- [31] del Río Olvera FJ. *Treatment of sexuality in addictions*. 1st edn. Editorial Síntesis S.A.: Spain. 2016.

**Cómo citar este artículo:** Sonia Franco Jaén, Jose Manuel Rodríguez González, Amor Espinosa García. Sexual abuse and dysfunction in people with addiction problems and the general population. A descriptive study. *Revista Internacional de Andrología*. 2024; 22(2): 21-26. doi: 10.22514/j.androl.2024.011.