
PREVALENCIA DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL EN HOMBRES DEL NORTE DE CHILE Y SU SALUD PSICOLÓGICA Y SEXUAL

Cristián Pinto-Cortez, Noemí Pereda Beltrán y Fernando Chacón Fuertes

RESUMEN

La presente investigación tiene como objetivo identificar los efectos del abuso sexual infantil en la salud psicológica y sexual de hombres del Norte de Chile. En el estudio participaron 464 varones adultos ($M = 27 \pm 6,76$ años) de la ciudad de Arica. Se aplicó el Cuestionario sobre Abuso Sexual Infantil de López-Sánchez (1994) para detectar experiencias de abuso sexual; además, se utilizaron el Inventario Breve de Síntomas (BSI) de Derogatis (1983) y el Inventario Breve de la Función Sexual (BSFI) de O'Leary

et al. (1995), con el fin de determinar síntomas psicológicos y dificultades sexuales. La prevalencia del abuso sexual infantil en varones adultos se estimó en un 8,4%. Las víctimas evidenciaron más síntomas depresivos, ansiedad fóbica y psicoticismo, y mayores dificultades sexuales que los hombres no-víctimas. Los resultados muestran que el abuso sexual es un grave problema en la población masculina, relacionándose con el desarrollo de síntomas psicológicos y problemas sexuales en la edad adulta.

Introducción

El abuso sexual a hombres ha sido estudiado con menor frecuencia que el abuso sexual femenino, si bien los metanálisis llevados a cabo muestran que se trata de un problema que afecta a un número significativo de varones (Pereda et al., 2009). El riesgo de sufrir abuso sexual es entre dos y tres veces superior en mujeres que en hombres, oscilando en estos últimos entre 3 y 17% (Barth et al., 2014). El hecho que las mujeres presenten una prevalencia más elevada en prácticamente todos los estudios realizados ha llevado a justificar que el interés por el abuso sexual en hombres sea relegado a un segundo plano, siendo un colectivo muy poco reconocido y muy poco tratado (Holmes y Slap, 1998).

Son diversas las explicaciones que se han propuesto para justificar esta menor

prevalencia en varones, la mayoría de ellas vinculadas a una escasa revelación del abuso sexual en víctimas de sexo masculino (Alaggia y Millington, 2008; Easton et al., 2014). En algunos casos, se han sugerido problemas metodológicos, relativos a que las definiciones de abuso sexual no recogen las experiencias que sufren los hombres (Pereda et al., 2009). Otros autores, señalan la existencia de factores vinculados a la masculinidad tradicional y que obstaculizan el reconocimiento de la experiencia abusiva en los varones (Mahalik et al., 2003; Easton, 2014). En ese contexto, elementos tales como la importancia de competir y ganar, la autosuficiencia, la capacidad de control emocional y la aversión a la homosexualidad generarían en los hombres temor a ser considerados débiles, o miedo a ser etiquetados como homosexuales a causa de una

agresión sexual, lo que incrementaría el grado de ocultamiento de este tipo de victimización (Spataro et al., 2004). Las actitudes sociales hacia el sexo y los estereotipos relativos a los roles de género también parecen contribuir a que los varones no reporten sus experiencias de abuso sexual, o incluso a que no se sientan identificados como víctimas en los casos en que el abuso es cometido por una mujer (Alaggia y Mishna, 2014), considerando que mantener relaciones sexuales con mujeres mayores sería considerado una forma de demostrar su virilidad (Coxell et al., 1999). Finalmente, el hecho que los varones sean culpabilizados con mayor frecuencia ante una revelación de abuso sexual, puede influir en que estos sucesos sean menos denunciados a las autoridades, desconociéndose la proporción real de hombres afectados por abusos sexuales en su

infancia (Holmes y Slap, 1998). Sea como fuere, no es posible obviar el importante porcentaje de varones víctimas que requieren de atención y tratamiento (Dhaliwal et al., 1996).

Respecto a las características del abuso sexual masculino, se ha descrito que éste se inicia generalmente durante la segunda infancia, entre los 8 y 12 años, del mismo modo que en víctimas de sexo femenino (Gil, 2014). Otro hecho común es la exposición a otros tipos de malos tratos como el castigo físico, o estar al cuidado de progenitores con problemas de consumo de alcohol, drogas, y/o que ejercen violencia familiar (Andrews et al., 2004). Los agresores sexuales son en su mayoría, hombres; sin embargo, el porcentaje de abusadoras de sexo femenino es mayor en víctimas varones que en mujeres (Briere y Elliott, 2003; Gil, 2014). La mayoría de estudios han encontrado

PALABRAS CLAVE / Abuso Sexual Masculino / Efectos Psicológicos / Funcionamiento Sexual / Victimización Infantil /

Recibido: 01/12/2015. Modificado: 09/01/2017. Aceptado: 12/01/2017.

Cristián Pinto-Cortez. Doctor en Psicología, Universidad Complutense de Madrid, España. Profesor, Universidad de Tarapacá, Chile. Dirección: Escuela

de Psicología y Filosofía, Facultad de Ciencias Sociales y Jurídicas, Universidad de Tarapacá. 18 de Septiembre N° 2222, Arica, Chile. e-mail: cpinto@uta.cl

Noemí Pereda Beltrán. Doctora en Psicología, Universidad de Barcelona, España. Profesora, Universidad de Barcelona, España. e-mail: npereda@ub.edu

Fernando Chacón Fuertes. Doctor en Psicología Social, Universidad Complutense de Madrid (UCM), España. Profesor, UCM, España. e-mail: fchaconf@psi.ucm.es

PREVALENCE OF CHILD SEXUAL ABUSE IN MEN FROM NORTHERN CHILE AND THEIR PSYCHOLOGICAL AND SEXUAL HEALTH

Cristián Pinto-Cortez, Noemí Pereda Beltrán and Fernando Chacón Fuertes

SUMMARY

The aim of this research is to identify the effects of child sexual abuse in the psychological and sexual health of Northern Chile men. The study involved 464 adult males ($M = 27 \pm 6.76$) of the city of Arica. The Questionnaire on Child Sexual Abuse of Lopez-Sanchez (1994) was applied to detect sexual abuse experiences; also, the Brief Symptom Inventory (BSI) of Derogatis (1983) and the Brief Sexual Function Inventory (BSFI) of O'Leary et al. (1995) were

used in order to determine psychological symptoms and sexual problems. The prevalence of child sexual abuse in adult men was estimated at 8.4%. The victims showed more depressive symptoms, phobic anxiety, psychoticism, and sexual difficulties than non-victim men. The results show that sexual abuse is a serious problem in the male population, correlating with the development of psychological symptoms and sexual problems in adulthood.

PREVALÊNCIA DO ABUSO SEXUAL INFANTIL EM HOMENS DO NORTE DO CHILE E SUA SAÚDE PSICOLÓGICA E SEXUAL

Cristián Pinto-Cortez, Noemí Pereda Beltrán e Fernando Chacón Fuertes

RESUMO

A presente investigação tem como objetivo identificar os efeitos do abuso sexual infantil na saúde psicológica e sexual de homens do Norte do Chile. No estudo participaram 464 homens adultos ($M = 27 \pm 6,76$ anos) da cidade de Arica. Aplicou-se o Questionário sobre Abuso Sexual infantil de López-Sánchez (1994) para detectar experiências de abuso sexual; além disso, se utilizaram o Inventário Breve de Sintomas (BSI) de Derogatis (1983) e o Inventário Breve da Função Sexual (BSFI) de O'Leary et al. (1995), com

o fim de determinar sintomas psicológicos e dificuldades sexuais. A prevalência do abuso sexual infantil em homens adultos se estimou em 8,4%. As vítimas evidenciaram mais sintomas depressivos, ansiedade fóbica e psicoticismo, e maiores dificuldades sexuais que os homens não-vítimas. Os resultados mostram que o abuso sexual é um grave problema na população masculina, relacionando-se com o desenvolvimento de sintomas psicológicos e problemas sexuais na idade adulta.

que el abuso sexual a hombres es más frecuente en el contexto extrafamiliar (Finkelhor *et al.*, 1990) y también es cometido en mayor frecuencia por abusadores de similar edad a la víctima (Gordon, 1990). A su vez, se ha descrito en varones una mayor ocurrencia de abusos más graves, que incluyen la penetración (Finkelhor *et al.*, 1990; Gil, 2014).

Consecuencias del abuso sexual infantil en la salud psicológica y sexual de varones víctimas

El abuso sexual infantil ha sido relacionado con una gran diversidad de trastornos psicopatológicos en la edad adulta (Chen *et al.*, 2010), considerándose esta experiencia un factor de riesgo general para el desarrollo de problemas médicos, psicológicos, conductuales y sexuales, tanto en varones como en mujeres (Maniglio, 2009). Centrándonos en víctimas de sexo masculino, se ob-

serva una alta presencia de síntomas y trastornos psiquiátricos como la depresión (Dube *et al.*, 2005), los trastornos de ansiedad, destacando el trastorno por estrés posttraumático (Maniglio, 2013), trastornos del sueño (Steine *et al.*, 2012), trastornos disociativos (Briere y Elliot, 2003) y conductas autolesivas y suicidas (Dube *et al.*, 2005). Los varones víctimas también presentan frecuentes conductas de negación, represión o normalización del trauma (Black y De Blassie, 1993).

Otras investigaciones incluyen problemas con el alcohol y las drogas (Butt *et al.*, 2011), especialmente al compararse con víctimas de sexo femenino (Dube *et al.*, 2005), hostilidad e ira (Briere y Elliot, 2003; Payne *et al.*, 2014). En este contexto, uno de los problemas más estudiados en varones víctimas de abuso sexual es la conducta delictiva y antisocial (McGrath *et al.*, 2011), destacando por su relevancia la transmisión inter-

generacional del abuso sexual, observada especialmente en varones víctimas de abusadores de sexo femenino (Glasser *et al.*, 2001). Cabe añadir que se han encontrado diferencias en función de la etnia en los problemas que presentan los varones víctimas de abuso sexual. Payne *et al.*, (2014) encontraron que los hombres afroamericanos víctimas de abuso sexual en la infancia, presentan con mayor frecuencia consumo de drogas y conductas hipersexualizadas como consecuencias del abuso sexual, mientras que los hombres latinos presentan con mayor frecuencia que los hombres de origen blanco o europeo problemas relacionados con la ira, hipervigilancia y problemas de comunicación. Estos hechos subrayan la necesidad de llevar a cabo estudios que no se centren únicamente en muestras de hombres de origen caucásico o europeo (Payne *et al.*, 2014).

En el ámbito de la salud sexual, los efectos descritos han sido múltiples (Dhaliwal *et al.*,

1996). Destacan en esta área disfunciones sexuales (Black y De Blassie, 1993) y conductas sexuales compulsivas (Villancourt-Morel *et al.*, 2014), homofobia (Myers, 1989; Gilgun y Reiser, 1990), confusión acerca de la identidad y la orientación sexual (Gilgun y Reiser, 1990; Black y De Blassie, 1993), y problemas de relación e intimidad (Dimock, 1988; Black y De Blassie, 1993). La confusión respecto a su papel y complicidad en el abuso, es uno de los problemas más recurrentes en las víctimas de sexo masculino. El placer físico y la confusión en los sentimientos como resultado del abuso son los catalizadores de las experiencias y sentimientos de culpa que se han observado en varones víctimas (Alaggia y Millington, 2008). A su vez, estudios de revisión han constatado una mayor presencia de conductas de riesgo en el mantenimiento de relaciones sexuales que conllevan un mayor riesgo infección de

VIH, una mayor promiscuidad sexual y el mantenimiento de relaciones sexuales bajo el efecto del alcohol u otras drogas (Paul *et al.*, 2001; Lloyd y Operario, 2012). Sin embargo, otros trabajos no han encontrado relación entre la experiencia de abuso sexual y el desarrollo de problemas sexuales (Fromuth y Burkhart, 1989; Romans *et al.*, 1997).

La mayoría de investigaciones sobre prevalencia y consecuencias del abuso sexual infantil en hombres adultos provienen de países europeos y norteamericanos, siendo la aportación latinoamericana muy limitada (Pereda *et al.*, 2009; Barth *et al.*, 2014), así como específicamente la que proviene de estudios chilenos, salvo contadas excepciones, que han utilizado reducidas muestras de estudiantes universitarios (Vizcarra y Balladares, 2003; Lehrer *et al.*, 2009) o se han centrado sólo en la prevalencia y características del problema en este colectivo (Lehrer *et al.*, 2013). La necesidad de contar con estudios de muestras de distinto origen étnico (Payne *et al.*, 2014) subraya, a su vez, la importancia de este trabajo, que permitirá conocer la realidad de un grupo escasamente estudiado y que requiere de una mayor atención por parte de académicos y profesionales.

El presente estudio tiene como objetivos determinar la prevalencia del abuso sexual infantil en hombres adultos en el norte de Chile, y presentar las características de este tipo de victimización y el estado psicológico y sexual de este colectivo en la actualidad.

Metodología

Participantes

La muestra estuvo formada por 464 hombres adultos jóvenes pertenecientes a la población comunitaria del área urbana de la ciudad de Arica, norte de Chile. En la Tabla I se puede apreciar la distribución de los participantes en función de las principales variables sociodemográficas: edad, nivel edu-

cativo, estado civil, nivel socioeconómico y condiciones de hacinamiento antes de los 17 años. La media de edad de los participantes fue de $27 \pm 6,76$ años, con un intervalo de 18 a 42 años. La mayoría de los participantes (40,2%) tuvo entre 18 y 24 años. El 58% señaló un nivel socioeconómico de clase media durante su infancia y adolescencia; asimismo, el 37,9% señaló condiciones habitacionales de hacinamiento durante su infancia, hasta los 17 años. En la actualidad, un 35,8% de los participantes presenta estudios universitarios o de postgrado y un 34,3% estudios de nivel técnico-profesional. Respecto al estado civil el 70,9% se declaró soltero.

Procedimiento

La selección de los participantes se realizó a través de un muestreo no-probabilístico por conveniencia. Sin embargo, para asegurar la representatividad de la muestra, se realizaron tres etapas para la selección de los participantes. El primer paso fue la elección de cinco barrios según el nivel socioeconómico, utilizando como criterio las estadísticas del Censo oficial realizado en Chile en el año 2012. El segundo paso fue la selección de 494 hogares, de acuerdo a la población total de los cinco barrios elegidos (46.112 habitantes), y el tercer paso fue la elección de los participantes en el estudio: varones, mayores de 18 años y que habitaban en los barrios y hogares seleccionados.

La aplicación de los cuestionarios contó con la colaboración de distintas entidades como Universidades y Equipos Psicosociales de Protección a la Infancia de Arica. En las universidades se trabajó con alumnos de último año de la carrera de Psicología y en los Equipos Psicosociales, con profesionales titulados, psicólogos y trabajadores sociales especializados en la atención a víctimas. Se capacitó a un total de 38 entrevistadores a quienes se les indicó la cantidad de entrevistas que deberían aplicar, en fun-

ción de la composición de la muestra, y los respectivos grupos de edad, barrios y hogares. Los entrevistadores contactaron a los participantes por vía telefónica o personalmente, explicando los objetivos del estudio. Una vez obtenido el consentimiento informado, se aplicó la entrevista y las escalas, en las casas de los entrevistados. El Cuestionario sobre Abuso Sexual Infantil (López-Sánchez, 1994) se administró con formato de entrevista y los demás instrumentos por auto reporte. El tiempo de aplicación total fue, en promedio, de 60 minutos. Todos los protocolos fueron anónimos y se usó un código de dígitos asignado aleatoriamente para cada participante.

De los 494 protocolos recogidos se excluyeron, 30 debido a que estaban incompletos. Se estableció un procedimiento de derivación con las Clínicas Psicológicas Universitarias y/o Centros Especializados, por si alguno de los entrevistados solicitaba atención psicológica. Ninguno de los participantes demandó este tipo de ayuda.

Instrumentos

Los instrumentos empleados en el presente estudio fueron el Cuestionario sobre Abuso Sexual Infantil de López-Sánchez (1994), el Inventario Breve de Síntomas de Derogatis y Melisaratos (1983) y el Inventario Breve de Funcionamiento Sexual de O'Leary *et al.* (1995), cuyas características principales se describen a continuación.

Cuestionario sobre Abuso Sexual Infantil (López-Sánchez, 1994). Es un cuestionario diseñado para recoger los datos sociodemográficos y experiencias de abuso sexual en la infancia de los participantes. Registra su edad, profesión y nivel educativo, nivel socioeconómico y hacinamiento (si el entrevistado compartía habitación con un adulto u otro niño, niña o adolescente antes de los 17 años) así como preguntas relativas a la experiencia de un posible abuso sexual y sus características (edad a la que se produjo, número de incidentes, tipo de abuso sufrido, relación

TABLA I
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS
DE LOS PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO

Edad	18 - 24 años	196 (42,2%)
	25 - 29 años	123 (26,5%)
	30 - 34 años	67 (14,4%)
	35 - 42 años	78 (16,8%)
	No contesta	0
Educación	Sin estudios básicos	6 (1,3%)
	Estudios básicos	20 (4,3%)
	Enseñanza media	159 (34,3%)
	Formación técnica	103 (22,2%)
	Educación superior	166 (35,8%)
No contesta	10 (2,2%)	
Estado Civil	Soltero	329 (70,9%)
	Casado	92 (19,8%)
	Separado	26 (5,6%)
	Viudo	1 (0,2%)
	No contesta	11 (2,4%)
Nivel socioeconómico antes de los 17 años	Alto	34 (7,3%)
	Medio	269 (58,0%)
	Bajo	149 (32,1%)
	No contesta	12 (2,6%)
Contexto habitacional antes de los 17 años	Con hacinamiento	176 (37,9%)
	Sin hacinamiento	275 (59,3%)
	No contesta	13 (2,8%)

con el perpetrador y edad de éste). Ejemplos de ítems son '¿Sabe usted de alguien que haya sufrido abusos sexuales? (Sin contarse usted mismo)'; '¿Ha sido usted mismo víctima de abusos sexuales cuando era niño?'. Las víctimas debían señalar el tipo de actividades sexuales de las que habían sido objeto y que iban desde las que no implicaban contacto físico, a los tocamientos en zonas erógenas y, finalmente, a la penetración oral o anal. El cuestionario incluye también temas relacionados con la revelación o no del abuso y las razones por las cuales no se realizó. Se consideraron como casos de abuso sexual infantil aquellos en los que la edad de inicio de las conductas sexuales recogidas en el cuestionario era inferior a los 18 años. Con el consentimiento del autor del cuestionario, se realizó una modificación del instrumento original, incorporándose ítems relacionados con la valoración de otros tipos de victimización antes de los 18 años de edad, por parte de los propios cuidadores (i.e., maltrato emocional, maltrato físico y abandono de alguno de los progenitores o cuidadores).

Inventario Breve de Síntomas (BSI; Derogatis y Melisaratos, 1983). Se trata de una escala de 53 ítems que evalúa nueve dimensiones referentes a síntomas de desórdenes psicológicos ocurridos durante los últimos siete días, agrupados en las escalas de 1) somatización (SOM), que evalúa síntomas relacionados con vivencias de disfunción corporal; 2) obsesión-compulsión (O-C), que evalúa conductas, pensamientos e impulsos que la persona considera absurdos e indeseados, que generan intensa angustia y que son difíciles de resistir o evitar; 3) sensibilidad interpersonal (I-S), relacionada con sentimientos de timidez y vergüenza, tendencia a sentirse inferior a los demás, hipersensibilidad a opiniones y actitudes ajenas, incomodidad e inhibición en las relaciones interpersonales; 4) depresión (DEP), que incluye síntomas

depresivos: desánimo, anhedonia, desesperanza, falta de energía; 5) ansiedad (ANX) que evalúa síntomas referidos a manifestaciones clínicas de ansiedad, tanto generalizada como aguda, e incluye síntomas de tensión emocional y sus manifestaciones somáticas; 6) hostilidad (HOS), relacionada con pensamientos, sentimientos y conductas propios de estados de agresividad, ira, irritabilidad, rabia y resentimiento; 7) ansiedad fóbica (PHOB), que evalúa las distintas variantes de la experiencia fóbica, entendida como miedo persistente, irracional y desproporcionado a animales, cosas, lugares personas generando conductas evitativas o de huida; 8) ideación paranoide (PAR), que mide aspectos de la conducta paranoide considerada como la respuesta a un trastorno de la ideación e incluye pensamiento proyectivo, suspicacia, centralismo autorreferencial e ideación delirante, miedo a la pérdida de autonomía y necesidad de control; y, finalmente, 9) de psicoticismo (PSY), referido a síntomas que componen un espectro psicótico que se extiende desde la esquizoidia y la esquizotipia, más concretamente, sentimientos de alienación social. Además, el BSI tiene tres índices globales de malestar: índice de severidad de síntomas (GSI), síntomas positivos (índice de distress; PSDI) y el total de síntomas positivos (PST). Los índices globales miden el nivel actual de sintomatología, la intensidad de los síntomas y el número de síntomas reportados, respectivamente. La puntuación en cada ítem oscila entre 0 (nada) y 4 (frecuentemente). Los autores de la escala informaron de una consistencia interna de las escalas de entre 0,71 y 0,85 en psicoticismo y depresión, respectivamente. La fiabilidad test-retest para las nueve dimensiones de síntomas varía entre 0,68 (SOM) y 0,91 (PHOB), y para los tres índices globales entre 0,87 (PSDI) y 0,90 (GSI). Para el presente estudio se utilizó la adaptación al español de Ruipérez *et al.* (2001).

Inventario Breve de Funcionamiento Sexual (BSFI; O'Leary *et al.*, 1995). Es un instrumento de autoevaluación, cuyo objetivo es valorar de forma rápida el funcionamiento sexual habitual en varones en los últimos 30 días. El cuestionario consta de 11 ítems que se agrupan en cinco dimensiones: impulso sexual (2 ítems), referida a la motivación hacia la conducta sexual; erección (3 ítems), la cual valora el fenómeno fisiológico de la erección y su funcionalidad para el acto sexual; eyaculación (2 ítems), referida a la emisión de semen a través de la uretra del varón; problemas sexuales (3 ítems), que corresponde a un índice de problemas sexuales que se obtiene sumando las puntuaciones de las escalas de impulso sexual, función eréctil y eyaculación y, por último, satisfacción global (1 ítem) que evalúa el sentimiento de bienestar o placer con la propia vida sexual. La puntuación obtenida puede variar entre 0 y 34 puntos. Su fiabilidad test-retest es de 0,89 y su consistencia interna de 0,94. Este instrumento ha sido traducido al español por Vallejo-Medina *et al.* (2009) y sus propiedades psicométricas se han analizado en diferentes muestras de varones (Mykletun *et al.*, 2005).

Diseño

El diseño que sigue este estudio comparte las características de los trabajos de investigación retrospectivos de naturaleza correlacional y de los trabajos cuasi-experimentales.

Análisis de datos

Para el análisis estadístico de los datos se empleó el programa SPSS en su versión 22.0. La prevalencia de abuso sexual infantil y otros tipos de malos tratos se ha obtenido mediante los porcentajes de reporte de cada uno de ellos, para el total de la muestra. También se han obtenido estadísticos descriptivos para las características sociodemográficas de la muestra. Se utilizó la prueba *t* de student para testar las

diferencias en cuanto a síntomas psicológicos y dificultades sexuales y las pruebas χ^2 , odds ratio (OR) e intervalos de confianza (IC) para establecer las diferencias entre variables nominales-dicotómicas como nivel socioeconómico, hacinamiento y otros tipos de malos tratos.

Resultados

Prevalencia del abuso sexual en varones

De la muestra analizada, un 53,8% (N=250) de los hombres participantes reportaron historias de malos tratos antes de los 17 años de edad. El maltrato más frecuente es el maltrato emocional (30,8%; N=143) seguido por el abandono (11,6%; 54), el abuso sexual (8,4%; 39) y el maltrato físico (3%; 14).

De la muestra total, un 48,4% (225) ha sido víctima de una única forma de maltrato, excluyendo el abuso sexual, mientras que un 5,4% (25) señala haber sufrido abuso sexual más alguna otra forma de victimización, como maltrato físico, emocional o abandono.

En los análisis bivariados, se halló que el abuso sexual fue reportado con más frecuencia por hombres que vivieron en condiciones de hacinamiento en su infancia y/o adolescencia (OR= 1,5; IC 95%= 0,34-6,51), y por aquellos que sufrieron otros tipos de malos tratos durante su niñez (OR= 2,4; IC 95%= 1,30-5,61). No se encontró asociación significativa entre el abuso sexual y el nivel socioeconómico.

Características del abuso sexual

En relación con los hombres víctimas de abuso sexual en la infancia (N=39), la edad media de ocurrencia del primer episodio de abuso fue de $9 \pm 3,66$ años. Un 28,1% sufrió el abuso entre los 0 y los 5 años; un 34,4% entre 6 y 9 años; un 34,4% entre 10 y 13 años; y un 3,1% entre 14 y 17 años. En términos de la frecuencia y periodicidad de los abusos, un 35,1% ocurrieron una sola vez; 18,9% entre 2 y 3 veces; 24,3% entre 4 y 10 veces; y

21,6% más de 10 veces. Un 0,6% no contestó. Estos abusos se extendieron en periodos que fluctuaron entre un mes y los dos años (82,1%). Un porcentaje significativo de víctimas opuso resistencia física durante el inicio y transcurso de los abusos (66,6%). En cuanto a las características del abuso sexual, predominan las agresiones cometidas por otros varones (84,6% de los casos), con edades entre 21 y 30 años (33,3%) en el momento de la comisión de los abusos. La mayoría (55%) de abusos fueron de carácter extrafamiliar; de este porcentaje, un 35,9% de los agresores eran personas conocidas por la víctima y un 17,9% totalmente desconocidos. En el caso de abuso sexual intrafamiliar, quien involucra o expone a un niño o niña en actividades o comportamientos sexuales puede ser un familiar, consanguíneo o no, o puede ser alguien que es considerado 'parte de la familia', así como un padrino/madrina o un amigo cercano. Un 42,5% de los abusos ocurridos fueron de carácter intrafamiliar, cometidos por un hermano (2,5%), por la madre biológica (2,5%), el padre biológico (7,5%), un amigo de la familia (7,5%), otros familiares (7,5%) o un tío (15,0%).

Las estrategias más utilizadas por los ofensores fueron el abuso de confianza (27,5%), el engaño (20,5%), las amenazas (20%), la violencia física (15,0%), la aproximación por sorpresa (10%) u otras conductas tales como la entrega de regalos o beneficios económicos a la víctima (5,0%). El 2% no contestó a esta pregunta.

Respecto al tipo de abuso, las victimizaciones más frecuentes son las que involucran el contacto físico, como caricias o tocamientos por debajo de la cintura (35,9%) y el intento de coito anal (30,8%).

En cuanto a las acciones legales, solo el 2,6% de las víctimas efectuó una denuncia. Los motivos para no denunciar fueron sentimientos de vergüenza (41%); miedo a que los categorizaran como perversos sexuales (20,5%) o a que se les responsabilizara del abuso (12,8%); mie-

do a que se cuestionara su masculinidad (7,7%) o a ser considerados homosexuales (7,7%).

Estado psicológico y sexual de las víctimas de abuso sexual

Como se observa en la Tabla II, los hombres víctimas de abuso sexual infantil presentan mayores puntuaciones en todas las escalas del BSI, destacando con mayor efecto las escalas de ansiedad fóbica, depresión y psicoticismo, y con menor efecto la escala de ideación paranoide. En cuanto a la puntuación global del BSI, en el PST y en el GSI las diferencias también son significativas, dando cuenta que la presencia de síntomas positivos (PST) y la intensidad del malestar psicológico (GSI) es mayor en hombres víctimas de abuso sexual en la infancia.

La Tabla III muestra que los varones víctimas de abuso sexual infantil difieren significativamente de los no-víctimas en cuanto a funcionamiento sexual, en las escalas de eyaculación, dificultades sexuales y satisfacción global con la

sexualidad. En las escalas de impulso sexual y erección no se encontraron diferencias significativas.

Discusión

El objetivo del presente trabajo ha sido determinar la prevalencia del abuso sexual infantil en hombres adultos de la ciudad de Arica, en el extremo norte de Chile, así como las características de esta experiencia y el estado psicológico actual de las víctimas. La prevalencia de abuso sexual infantil masculina hallada en este estudio fue de 8,4%. Estos resultados son muy parecidos a los obtenidos en los escasos estudios llevados a cabo en Chile (9,4% antes de los 14 años en Lehrer *et al.* 2009, 2013; 5,7% antes de los 12 años en Vizcarra y Balladares, 2003) y siguen el patrón de las revisiones sistemáticas internacionales (Pereda *et al.*, 2009; Barth *et al.*, 2014). Según los resultados de la presente investigación, el promedio de edad del primer episodio de abuso fue de 9 años, igual que en otros estudios chilenos (Vizcarra y Balla-

dares, 2003) e internacionales (Easton, 2014; Gil, 2014).

La mayoría de los abusadores fueron hombres, así como en otros trabajos llevados a cabo en el país (Vizcarra y Balladares, 2003). Este resultado, no obstante, se diferencia del estudio de Lehrer *et al.* (2013), en los que la mayoría de perpetradores fueron mujeres. Estas diferencias pueden explicarse por la metodología utilizada en cada estudio, ya que en el estudio de Lehrer *et al.* (2013) los hombres participantes reportaron agresiones sexuales acontecidas durante toda su vida, es decir, durante la infancia la adolescencia y la adultez (antes y después de los 14 años), mientras que en el presente estudio solo se consultó sobre las experiencias abusos sexual en la infancia y adolescencia a los participantes (antes de los 17 años), hecho que puede explicar las diferencias respecto al sexo del agresor.

En el presente trabajo, al igual que en el estudio de Lehrer *et al.* (2013), los agresores sexuales pertenecen principalmente al contexto extrafamiliar. Esto es coherente con lo que indican

TABLE II
DIFERENCIAS ENTRE VÍCTIMAS Y NO-VÍCTIMAS EN LAS ESCALAS DEL BSI

BSI	Víctimas		No-víctimas		F	p	d
	M (DT)	M (DT)	M (DT)	M (DT)			
Somatización	6,26 (5,52)	3,47 (4,15)	6,203*	0,003**	0,58		
Obsesión-Compulsión	8,10 (5,87)	5,53 (4,72)	4,022*	0,011**	0,48		
Sensibilidad interpersonal	4,13 (3,60)	2,49 (2,86)	9,187*	0,009**	0,50		
Depresión	6,87 (5,63)	3,83 (4,05)	9,782*	0,002**	0,50		
Ansiedad	5,31 (4,70)	3,03 (3,74)	6,605*	0,005**	0,53		
Hostilidad	6,15 (4,63)	3,67 (3,80)	5,428*	0,002**	0,58		
Ansiedad fóbica	4,36 (4,09)	2,07 (2,88)	13,660*	0,001**	0,64		
Ideación paranoide	4,97 (4,04)	4,04 (3,49)	0,158*	0,173	0,24		
Psicoticismo	5,26 (4,88)	2,78 (3,35)	14,294*	0,003**	0,59		
Puntuación global (PG)	31,77 (8,48)	27,40 (6,41)	9,154*	0,001**	0,62		
Síntomas positivos (PST)	29,08 (16,08)	20,67 (14,43)	1,266	0,002**	0,55		
Severidad síntomas (GSI)	1,04 (0,76)	0,63 (0,56)	9,154*	0,002**	0,62		

F: test de Levene; * p<0,05; ** p<0,05; d: tamaño del efecto.

TABLE III
DIFERENCIAS ENTRE VÍCTIMAS Y NO-VÍCTIMAS EN LAS ESCALAS DEL BSFI

BSFI	Víctimas		No-víctimas		F	p	d
	M (DT)	M (DT)	M (DT)	M (DT)			
Impulso sexual	6,56 (1,99)	6,86 (2,05)	0,094	0,392	0,07		
Erección	9,03 (2,66)	8,81 (2,56)	0,243	0,624	0,04		
Eyaculación	4,06 (2,64)	5,33 (2,73)	1,487	0,004**	0,26		
Problemas sexuales	7,92 (4,13)	5,56 (3,03)	13,944*	0,001**	0,65		
Satisfacción global	2,10 (1,12)	2,92 (1,15)	0,002	0,000**	0,40		

F: test de Levene; * p<0,05; ** p<0,05; d: tamaño del efecto.

otras investigaciones con hombres víctimas de abuso sexual realizados en EEUU y Europa (Finkelhor *et al.*, 1990; Gordon 1990; Holmes y Slap, 1998). Una explicación tentativa respecto a la mayor frecuencia de abuso sexual extrafamiliar en varones podría estar relacionada con la influencia de la socialización de género. En este contexto, existe la creencia social errónea de que hay menos probabilidad de que el niño varón sea abusado; es más, tiende a creerse que se podría defender o incluso evitarlo. Sin duda, esa creencia ampliamente aceptada por la sociedad en general, y la chilena en particular, podría situar a niños y adolescentes varones en una posición de mayor vulnerabilidad al abuso en contextos extrafamiliares (Alaggia y Millington, 2008; Lehrer *et al.*, 2013). Como se observa en los resultados, las estrategias utilizadas por los agresores fueron, en su mayoría, el abuso de la confianza, el engaño y las amenazas, contrariamente a lo que plantean los trabajos iniciales de Finkelhor *et al.* (1990) o de Gil (2014), quienes señalan que los hombres se ven afectados por abusos más violentos. No obstante, nuestros resultados son coherentes con los postulados recientes de la teoría de la victimología del desarrollo, la cual sostiene que niños y niñas son un colectivo especialmente vulnerable a sufrir abuso sexual debido a su incipiente desarrollo físico y psicológico, lo que favorece que sean victimizados sin necesidad de utilizar la violencia (Finkelhor, 2007).

Los tipos de abuso sexual más frecuentes fueron las conductas con contacto físico, como caricias o tocamientos de los genitales y el intento de coito anal. Estos hechos ocurrieron en períodos relativamente cortos de tiempo, que fluctuaron entre un mes y dos años al igual que el estudio de Briere y Elliot (2003), realizado en EEUU. En relación con el tipo de abuso, nuestros resultados son compatibles con los hallazgos de Finkelhor *et al.* (1990), quienes comprobaron que la mayoría de las victimizaciones incluyen el contacto físico, específicamente las caricias con

connotación sexual. Respecto al tiempo de duración del abuso, Gil (2014) halló de manera similar que los abusos sexuales infantiles cometidos hacia varones se extendían entre un episodio único y los tres años.

Es relevante comentar el escaso número de denuncias efectuadas. Sólo un 2,6% de los varones víctimas efectuó una denuncia. Las razones de quienes no realizaron una denuncia se debieron en su mayoría a la vergüenza que sintieron, al miedo a ser categorizados como perversos sexuales, como homosexuales o a que se les pudiese responsabilizar por el abuso. Estos resultados concuerdan con los señalados por Easton (2014), quien identificó que los hombres, efectivamente, denunciaban menos los abusos sexuales que las mujeres, atribuyendo este hecho a la conformidad con las normas de socialización de género masculino, como el autocontrol emocional, el rechazo a la homosexualidad y la autosuficiencia. Es posible que la interiorización de estas normas inhiba la búsqueda de ayuda, o bien que genere en el varón una incongruencia entre percibirse a sí mismo como víctima y, a la vez, adherir a estas prescripciones culturales de la masculinidad.

Cabe añadir la relación del abuso sexual con otras experiencias de maltrato infantil, tal y como se ha observado en otras investigaciones (Easton, 2014). Parece ser un hecho que el desarrollarse en contextos familiares en donde coexisten otros tipos de violencia, aumenta la probabilidad de sufrir abuso sexual (Andrews *et al.*, 2004), al igual que vivir en condiciones de hacinamiento (Collings, 1991), tal como ha quedado de manifiesto en la presente investigación.

En cuanto a los efectos en la salud mental de los hombres víctimas de abuso sexual infantil, hay una mayor incidencia de síntomas obsesivos-compulsivos, depresión, somatización, hostilidad y ansiedad. Payne *et al.* (2014) hallaron que los hombres latinos víctimas de abuso sexual reportaban con mayor frecuencia sufrir ataques de ira, ansiedad, hipervigilancia y recuerdos

persistentes de la agresión sexual, del mismo modo que en el presente estudio. Estudios de revisión indican problemas similares, vinculados principalmente a trastornos afectivos y de ansiedad, tanto en varones como en mujeres víctimas de esta experiencia (Chen *et al.*, 2010).

Asimismo, hemos encontrado que la salud sexual de los hombres que sufrieron abuso en la infancia es peor que la de aquellos hombres que no sufrieron estas agresiones. Las víctimas de abuso sexual presentan menores puntuaciones en la escala de eyaculación, referida a la dificultad para llevar a cabo la acción de eyacular. También, las puntuaciones son más bajas en la escala de satisfacción global, indicando que los hombres víctimas de abuso sexual presentan una menor satisfacción global respecto a su vida sexual. En la escala de problemas sexuales, relacionada con la falta de actividad sexual y la incapacidad para mantener una erección y eyacular tras la estimulación sexual, presentan puntuaciones más altas. En general, los hombres abusados tienen más dificultades sexuales y menos satisfacción global en su sexualidad, relacionados con la ansiedad sexual y la disminución del funcionamiento sexual. Estos resultados están en la misma línea del trabajo de Villancourt-Morel *et al.* (2014), entre otros.

En síntesis, la presente investigación ha permitido describir a un amplio grupo de varones pertenecientes a la muestra comunitaria y con un intervalo de edades amplio, a diferencia de trabajos anteriores realizados en el país, centrados en estudiantes universitarios (Vizcarra y Balladares, 2003; Lehrer *et al.*, 2013). Cabe destacar, no obstante, que todos los trabajos coinciden en la importancia de abordar el abuso sexual a varones como un problema de salud pública en Chile, debido a su influencia en la salud psicológica, sexual y física de los hombres (Lehrer *et al.*, 2013). Esperamos que este trabajo permita desarrollar futuras líneas de investigación sobre el tema, tanto en este país como en

Latinoamérica. El bajo porcentaje de denuncias refleja la necesidad de un arduo trabajo para sensibilizar sobre esta realidad y poder desmitificar ciertos paradigmas que presenta la sociedad chilena, siendo así esta investigación una nueva contribución a la visibilización del abuso sexual masculino.

Limitaciones

El presente estudio es descriptivo y se encuentra basado en los reportes retrospectivos de una muestra de varones adultos, lo que supone posibles sesgos en el recuerdo (Hardt y Rutter, 2004). Además, los participantes residen en la ciudad de Arica, por lo que las conclusiones del estudio se circunscriben a esa región. A su vez, al tratarse de un estudio transversal, no pueden establecerse relaciones causales entre la experiencia de abuso sexual y el desarrollo de problemas psicológicos. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que poco se conoce de los varones víctimas de abuso sexual infantil en Latinoamérica, lo que hace de este estudio uno de los pocos que ha tratado este tema centrándose en víctimas de sexo masculino (Lehrer *et al.*, 2013) y el único que ha descrito su estado psicológico y sexual en la actualidad.

Conclusión

Considerando los hallazgos del aquí reportados, podemos señalar que el abuso sexual infantil no es una experiencia aislada en la población masculina sino, más bien, un grave problema de salud pública (Lehrer *et al.*, 2013; Easton, 2014), con repercusiones negativas en la salud psicológica y sexual de los hombres víctimas. Como defiende Moody (1999), los profesionales tienen la responsabilidad de conocer las particularidades del abuso sexual infantil en víctimas de sexo masculino. Si bien los especialistas no suelen preguntar a sus pacientes de sexo masculino por experiencias de abuso sexual en la infancia (Lab *et al.*, 2000), propuestas terapéuticas específicas para

estas víctimas, como la de Gallo-Silver *et al.* (2014) y la de Alaggia y Mishna (2014) muestran el interés por un colectivo cuyas necesidades empiezan a ser reconocidas.

AGRADECIMIENTOS

Este artículo es producto del Convenio de Desempeño UTA-Mineduc, Chile, y de la colaboración de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID).

REFERENCIAS

Alaggia R, Millington G (2008) Male child sexual abuse: A phenomenology of betrayal. *Clin. Soc. Work J.* 36: 265-275.

Alaggia R, Mishna F (2014) Self psychology and male child sexual abuse: Healing relational betrayal. *Clin. Soc. Work J.* 42: 41-48.

Andrews G, Corry J, Slade T, Issakidis C, Swanston H (2004) Child Sexual Abuse. En Ezzati M, Lopez AD, Rodgers A, Murray CJL (Eds) *Comparative Quantification of Health Risks*. Vol 2. Organización Mundial de la Salud. Ginebra, Suiza. pp. 1851-1940.

Barth J, Bermetz L, Heim E, Trelle S, Tonia T (2014) The current prevalence of child sexual abuse worldwide: A systematic review and meta-analysis. *Int. J. Publ. Health* 58: 469-483.

Black CA, De Blassie RR (1993) Sexual abuse in male children and adolescents: indicators, effects, and treatments. *Adolescence* 28: 123-133.

Briere J, Elliott DM (2003) Prevalence and psychological sequelae of self-reported childhood physical and sexual abuse in a general population sample of men and women. *Child Abuse Neglect* 27: 1205-1222.

Butt S, Chou S, Browne K (2011) A rapid systematic review on the association between childhood physical and sexual abuse and illicit drug use among males. *Child Abuse Rev.* 20: 6-38.

Chen LP, Murad MH, Paras MP, Colbenonson KM, Sattler AL, Goranson EN, Elamin MB, Seime RJ, Shinozaki G, Prokop LJ, Zirikzadeh A (2010) Sexual abuse and lifetime diagnosis of psychiatric disorders: Systematic review and meta-analysis. *Mayo Clin. Proc.* 85: 618-629.

Collings SJ (1991) Childhood sexual abuse in a sample of South African university males: prevalence and risk factors. *S. Afr. J. Psychol.* 21: 153-158.

Coxell A, King M, Mezey G, Gordon D (1999) Lifetime prevalence, characteristics, and associated problems of non-consensual sex in men: Cross sectional study. *Br. Med. J.* 318: 846-850.

Derogatis L, Melisaratos N (1983) The Brief Symptom Inventory: An introductory report. *Psychol. Med.* 13: 595-605.

Dhaliwal GK, Gauzas L, Antonowicz DH, Ross RR (1996) Adult male survivors of childhood sexual abuse: Prevalence, sexual abuse characteristics, and long-term effects. *Clin. Psychol. Rev.* 16: 619-639.

Dimock P (1988) Adult males sexually abused as children: Characteristics and implications for treatment. *J. Interpers. Viol.* 3: 203-221.

Dube S, Anda R, Whitfield C, Brown D, Felitti VJ, Dong M, Giles W (2005) Long-term consequences of childhood sexual abuse by gender of victim. *Am. J. Prevent. Med.* 28: 430-438.

Easton SD, Saltzman LY, Willis DG (2014) "would you tell under circumstances like that?": Barriers to disclosure of child sexual abuse for men. *Psychol. Men Mascul.* 15: 460-469.

Easton SD (2014) Masculine norms, disclosure, and childhood adversities predict long-term mental distress among men with histories of child sexual abuse. *Child Abuse Neglect* 38: 243-251.

Finkelhor D, Hotaling G, Lewis I, Smith C (1990) Sexual abuse in a national survey of adult men and women: Prevalence, characteristics, and risk factors. *Child Abuse Neglect* 14: 19-28.

Finkelhor D (2007) Developmental victimology: The comprehensive study of childhood victimization. En Davis RC, Lurigio AJ, Herman S (Eds.) *Victims of Crime*. 3ª ed. Sage. Thousand Oaks, CA, EEUU. pp. 9-34.

Fromuth ME, Burkhart BR (1989) Long-term psychological correlates of childhood sexual abuse in two samples of college men. *Child Abuse Neglect* 13: 533-542.

Gallo-Silver L, Anderson CM, Romo J (2014) Best clinical practices for male adult survivors of childhood sexual abuse: "Do no harm". *Permanente J.* 18(3): 82-87.

Gil S (2014) Male victims of childhood sexual abuse by a male or female perpetrator. *J. Trauma Stress Disord. Treat.* 3(2) 1-6.

Gilgun J, Reiser E (1990) The development of sexual identity among men sexually abused as children. *Fam. Soc.* 71: 515-523.

Glasser M, Kolvin I, Campbell D, Glasser A, Leitch I, Farrelly S (2001) Cycle of child sexual abuse: Links between being a victim and becoming a per-

petrator. *Br. J. Psychiatry* 179: 482-494.

Gordon M (1990) Males and females as victims of childhood sexual abuse: An examination of the gender effect. *J. Fam. Viol.* 5: 321-332.

Hardt J, Rutter M (2004) Validity of adult retrospective reports of adverse childhood experiences: Review of the evidence. *J. Child Psychol. Psychiatry* 45: 260-273.

Holmes W, Slap G (1998) Sexual abuse of boys. Definition, correlates, sequelae, and management. *JAMA* 280: 1855-1862.

Lab D, Feigenbaum J, De Silva P (2000) Mental health professionals' attitudes and practices towards male childhood sexual abuse. *Child Abuse Neglect* 24: 391-409.

Lehrer JA, Lehrer EL, Oyarzún PB (2009) Violencia sexual en hombres y mujeres jóvenes en Chile: Resultados de una encuesta (año 2005) a estudiantes universitarios. *Rev. Méd. Chile* 137: 599-608.

Lehrer JA, Lehrer EL, Koss MP (2013) Unwanted sexual experiences in young men: Evidence from a survey of university students in Chile. *Arch. Sex. Behav.* 42: 213-223.

Lloyd S, Operario D (2012) HIV risk among men who have sex with men who have experienced childhood sexual abuse: Systematic review and meta-analysis. *AIDS Educ. Prevent.* 24: 228-241.

López-Sánchez F (1994) *Abuso Sexual a Menores. Lo que Recuerdan de Mayores*. Ministerio de Asuntos Sociales. Madrid, España. 196 pp.

Mahalik J, Locke B, Ludlow L, Diemer M, Scott R, Gottfried M, Freitas G (2003) Development of the conformity to masculine norms inventory. *Psychol. Men Mascul.* 4: 3-25.

Maniglio R (2009) The impact of child sexual abuse on health: A systematic review of reviews. *Clin. Psychol. Rev.* 29: 647-657.

Maniglio R (2013) Child sexual abuse in the etiology of anxiety disorders. A systematic review of reviews. *Trauma Viol. Abuse* 14: 96-112.

McGrath S, Nilsen AA, Kerley KR (2011) Sexual victimization in childhood and the propensity for juvenile delinquency and adult criminal behavior: A systematic review. *Aggress. Viol. Behav.* 16: 485-492.

Moody C (1999) Male child sexual abuse. *J. Pediatr. Health Care* 13: 112-119.

Myers M (1989) Men sexually assaulted as adults and sexually abused as boys. *Arch. Sex. Behav.* 18: 203-215.

Mykletun A, Dahl AA, O'Leary MP, Fosså SD (2006) Assessment of male sexual function by the Brief Sexual Function Inventory. *Brit. J. Urol. Int.* 97: 316-323.

O'Leary M, Fowler F, Lenderking W, Barber B, Sagnier P, Guess H, Barry M (1995) A brief male sexual function inventory for urology. *Urology* 46: 697-706.

Paul JP, Catania J, Pollack L, Stall R (2001) Understanding childhood sexual abuse as a predictor of sexual risk-taking among men who have sex with men: The Urban Men's Health Study. *Child Abuse Neglect* 25: 557-584.

Payne JS, Galvan FH, Williams JK, Prusinski M, Zhang M, Wyatt GE, Myers HF (2014) Impact of childhood sexual abuse on the emotions and behaviours of adult men from three ethnic groups in the USA. *Cult., Health Sexual.* 16: 231-245.

Pereda N, Guilera G, Fornis M, Gómez-Benito J (2009) The prevalence of child sexual abuse in community and student samples: A meta-analysis. *Clin. Psychol. Rev.* 29: 328-338.

Romans S, Martin J, Morris E (1997) Risk factors for adolescent pregnancy: how important is child sexual abuse? Otago Women's Health Study. *N. Zeal. Med. J.* 110(1037): 30-33.

Ruipérez M, Ibáñez M, Lorente E, Moro M, Ortet G (2001) Psychometric properties of the Spanish version of the BSI. Contributions to the relationship between personality and psychopathology. *Eur. J. Psychol. Assess.* 17: 241-250.

Spataro J, Mullen PE, Burgess PM, Wells DL, Moss SA (2004) Impact of child sexual abuse on mental health: Prospective study in males and females. *Br. J. Psychiatry* 184: 416-421.

Steine IM, Harvey AG, Krystal JH, Milde AM, Grønli J, Bjorvatn B, Nordhus IH, Pallesen S (2012) Sleep disturbances in sexual abuse victims: a systematic review. *Sleep Med. Rev.* 16: 15-25.

Villancourt-Morel MP, Godbout N, Labadie C, Runtz M, Lussier Y, Sabourin S (2014) Avoidant and compulsive sexual behaviors in male and female survivors of childhood sexual abuse. *Child Abuse Neglect*, 40: 48-59.

Vallejo-Medina P, Guillen-Riquelme A, Sierra-Freire JC (2009) Análisis psicométrico de la versión española del Brief Sexual Function Inventory (BSFI) en una muestra de hombres con historia de abuso de drogas. *Adicciones* 21: 225-228.

Vizcarra MB, Balladares E (2003) Prevalencia de abuso infantil en una muestra de jóvenes universitarios/as chilenos. *Rev. Interamer. Psicol.* 37: 51-65.