

---

# LA PEDOFILIA: UN PROBLEMA CLÍNICO, LEGAL Y SOCIAL

# PEDOPHILIA: A CLINICAL, LEGAL AND SOCIAL PROBLEM

VICTORIA TRABAZO ARIAS  
*Universidad Camilo José Cela*

FERNANDO AZOR LAFARGA  
*Centro de Psiquiatría y  
Psicología Clínica y Jurídica*

---

e-mail: mvtrabazo@ucjc.edu

## RESUMEN

*La gran alarma social creada ante los casos de especial gravedad ocurridos en los últimos tiempos, ha abierto el debate en la sociedad acerca de qué hay que hacer para que los pedófilos no reincidan como lo hacen y no se conviertan en un peligro para nuestros menores. En este artículo se intenta introducir un poco de luz en este oscuro mundo. Vamos a hacer un breve análisis de qué es la pedofilia, el concepto de abuso sexual en menores, las diferentes teorías explicativas de la pedofilia, los diferentes perfiles del pedófilo y los tratamientos existentes y sus resultados. Por último, y ante el actual Anteproyecto de Reforma del Código Penal, intentaremos reflexionar acerca de cual o cuales pueden ser las alternativas existentes para que los pedófilos no reincidan en la proporción en la que en la actualidad lo hacen.*

## ABSTRACT

*The great social alarm associate to gravity cases of pedophilia, has opened the debate in society about what to do to not repeat pedophiles as they do and do not become a danger to our children. This article attempts to bring some light on this dark world. In orther words, it will be analyzed what is pedophilia, sexual abuse of minors in the various explanatory theories of pedophilia, the different profiles of pedophiles and existing treatments and outcomes. Finally, in the current draft reform of the Penal Code, we try to analyze which could be the alternatives for pedophiles.*

## **PALABRAS CLAVE**

*Pedofilia, pederastia, abuso-sexual, reincidencia, código-penal*

## **KEY WORDS**

*pedophilia, sexual abuse, recidivism, criminal law*

El problema de la pedofilia y de los abusos sexuales a menores no es algo nuevo, genera gran repulsa social y no deja a nadie indiferente. Cuando un caso sale a la luz y se hace público suele haber una condena unánime, y en muchos casos un tratamiento mediático que lejos de informar correctamente sobre el tema en cuestión, genera ideas erróneas acerca de la pedofilia y de su tratamiento.

Estamos ante un problema de difícil solución pero que por su gravedad requiere un abordaje urgente desde diferentes enfoques: socioeducativo, legal y psicológico. A continuación analizaremos diferentes aspectos sobre la pedofilia y haremos una reflexión ante el nuevo tratamiento de este tema que propone el Anteproyecto de Reforma del Código Penal.

## **EL MARCO LEGAL**

### *¿Qué dice el Código Penal?*

El Código Penal (CP) de 1995 ya fue reformado en el año 1999 en lo referente a la materia que nos interesa, de esta forma, en el título VIII de su libro II describe un listado de “delitos contra la libertad y la indemnidad sexual” aplicables todos ellos a situaciones en las que estén incluidos menores de edad (Maroto y Suárez, 2000). De forma resumida:

- *Agresiones sexuales*: en los casos en los que existe violencia o intimidación.
- *Abusos sexuales*: en los casos en los que la víctima no consiente o su consentimiento no es válido por ser menor de trece años, por estar privada de sentido, por padecer un trastorno mental, o porque el sujeto activo se prevale de una situación de superioridad o de engaño.
- *Acoso sexual*: cuando se solicitan favores sexuales de otra persona dentro de una relación laboral, docente o de servicios, provocando una situación objetiva y gravemente intimidatoria, hostil o humillante para la víctima, exista o no, por parte del autor, prevalimiento de una situación de superioridad o la amenaza de causarle un mal en sus legítimas expectativas dentro del marco de la relación que les une.

- *Exhibicionismo y provocación sexual*: incluiría la difusión o exhibición de material pornográfico.
- *Delitos relativos a la prostitución*.
- *Explotación de menores*.

Como podemos observar, no existe en el CP un apartado específico para tratar los delitos sexuales contra menores, sino que dentro de éste se hacen una serie de especificaciones en el caso de que la víctima sea un menor. Por otro lado, el concepto “menor” no se considera igual en los diferentes delitos. Así, cuando se hace referencia a los delitos de exhibicionismo, prostitución y corrupción de menores, el menor sería todo aquel que no ha cumplido los dieciocho años. Sin embargo, en lo referente a las agresiones y abusos sexuales, el menor es aquel que no supera los trece años o bien que cumplidos éstos, no supere los dieciséis (Lameiras, 2002).

Las diferencias entre el delito de agresión sexual y abuso sexual no quedan ahí ya que el CP establece una gran diferencia en cuanto a las penas que se imponen por uno u otro delito.

### *Reflexiones y críticas al actual Código Penal*

Son muchas las voces que se han alzado desde hace tiempo ante el tratamiento que el actual CP hace de los delitos sexuales contra menores.

Por un lado, la barrera de edad que señala para establecer hasta cuándo se considera una víctima menor o no en función del delito que se haya cometido, ha generado en diferentes ámbitos una gran controversia. Así, mientras unos dicen que habría que subir esa barrera de edad en todos los casos hasta los dieciocho años, otros defienden que habría que analizar caso por caso ya que en muchas ocasiones un sujeto de 14 años puede ser mucho más maduro y estar más preparado para una relación sexual que otro de 19, independientemente de la existencia de un trastorno mental que merme su capacidad de raciocinio.

Coincidiendo con este último punto de vista quizás habría que tener en cuenta las diferencias culturales y sociales que existen por ejemplo entre diferentes países. Estas diferencias, en ocasiones reflejadas en su legislación y en otras no, se hacen patentes cuando analizamos por ejemplo culturas en las que una menor de trece años puede ser considerada una “mujer” desde que tiene la capacidad biológica de procrear y puede contraer matrimonio (incluso en contra de su voluntad) si sus padres así lo aprueban. En estos casos, las relaciones sexuales dentro de ese matrimonio no se considerarían en esa cultura un abuso sexual mientras que desde nuestra sociedad sería impensable no sólo las relaciones sexuales sino el mismo hecho de un matrimonio a esa edad y sin un deseo claro y libre de la contrayente.

Por otro lado, otro punto que se sigue criticando es la gran diferencia en función de que el delito cometido sea una agresión sexual o un abuso sexual. Desde un punto de vista victimológico y avalado por numerosos estudios con víctimas queda claro que en numerosas ocasiones un abuso sexual puede generar incluso más daño en la víctima que una agresión sexual. Es por esto, y teniendo en cuenta que el carácter punitivo de la pena debe ir en concordancia con el daño causado, que son muchos los que consideran muy escasas las penas que se imponen cuando no existe agresión o intimidación.

Por último, y relacionado directamente con el actual Anteproyecto de Reforma del CP se alzan las críticas por la cuantía de las penas y la ausencia de un tratamiento que pueda evitar en parte las alarmantes cifras de reincidencia en este tipo de delincuentes.

### *Otras definiciones de Abuso Sexual*

Queda claro que son más de uno los puntos a criticar en la definición y el tratamiento del abuso sexual que da el CP desde la sociedad y desde el punto de vista de los profesionales de la salud mental. Destaca sobre todo el carácter más amplio de las definiciones de los profesionales de la salud frente al carácter más restrictivo de las definiciones legales. Estas discrepancias quedan patentes si analizamos las diferentes definiciones de abuso sexual existentes.

En el V Congreso Internacional sobre la Infancia Maltratada y Abandonada de Montreal (1984), se definió el abuso infantil como “cualquier acto de omisión o autoritario que ponga en peligro o dañe la salud o el desarrollo emocional infantil, incluyendo la violencia física y los castigos corporales irracionalmente severos, los actos sexuales, la explotación en el ámbito laboral y la falta de respeto por la emotividad del niño” (Noguerol, 2005). De forma específica, se definió además el abuso sexual infantil como “la implicación de niños y adolescentes en actividades sexuales que ellos aún no comprenden por completo, por lo que no están en condiciones de consentir con plena conciencia o que violan los tabúes de una determinada sociedad” (Oliveiro y Graziosi 2004, p. 49).

Otra de las definiciones más utilizadas señala el abuso sexual infantil como “los contactos e interacciones entre un niño y un adulto para estimularse sexualmente él mismo, al niño o a otras personas. Puede ser cometido también, por una persona menor de 18 años, cuando es significativamente mayor que el niño o cuando está en posición de poder o control sobre otro menor”. (Nacional Center of Chile Abuse and Neglect, 1997. Cit. en Noguerol, 2005, p. 26).

A pesar de las diferencias, existe un consenso básico en los dos criterios necesarios para que haya abuso sexual infantil: una relación de desigualdad (ya

sea en cuanto a edad, madurez o poder) entre agresor y víctima y la utilización del menor como objeto sexual (Echeburúa y Guerricaechevarría, 1998. Cit. en Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000, p. 10).

### *El Anteproyecto de Reforma del Código Penal*

Ante los últimos casos de especial gravedad ocurridos y que han generado una gran alarma social y han abierto el debate en torno al tratamiento de los delitos sexuales a menores en nuestro CP vigente, el Gobierno de España ha incluido en el Anteproyecto de Reforma del CP una serie de puntos entre los que destacan:

- El endurecimiento de penas de los delitos sexuales, especialmente contra menores.
- El establecimiento de la “libertad vigilada” para el control y seguimiento de delincuentes sexuales, una vez cumplida la pena privativa de libertad. Esta pena, que podrá tener una extensión de hasta 20 años, deberá ser impuesta por el juez en la sentencia.
- Nuevos delitos en cuanto a la pornografía y prostitución infantil.

A continuación veremos con más detalle cada punto<sup>1</sup>.

#### *A) Mayor protección a menores*

El anteproyecto establece medidas encaminadas a garantizar la mayor protección a menores de trece años. En la actualidad el hecho de que la víctima de un delito sexual no haya cumplido aún los trece años se tiene en cuenta solamente a efectos de aplicar una agravante bajo la consideración de que se trata de un sujeto “especialmente vulnerable”. El nuevo texto prevé la creación de delitos específicos de “abusos y agresiones sexuales a menores” que permitirán responder de forma más adecuada frente a este tipo de conductas delictivas.

Recoge también el agravante, penado con hasta quince años de prisión, aplicable a los supuestos en que la víctima se encuentre en una situación de total indefensión, derivada de su escaso desarrollo intelectual y físico y, en todo caso, cuando sea menor de cuatro años.

La protección de los menores frente a los delitos sexuales se completa con otras medidas específicas, entre las que se encuentra la creación de la pena de privación de la patria potestad. Esta pena facultará al juez a decidir la pérdida definitiva de la titularidad de la patria potestad del condenado cuando, por ejemplo,

<sup>1</sup> Fuente <http://www.la-moncloa.es>

los abusos o agresiones sexuales sobre menores sean cometidos por los padres. No obstante, esta medida no implica la pérdida por parte del hijo de ningún derecho del que goce con respecto a su progenitor.

### ***B) Libertad vigilada***

El motivo de esta nueva pena es la incapacidad, en ocasiones, de que las condenas de prisión consigan el fin de la reinserción del delincuente en la sociedad, lo que hace necesario la adopción de medidas que permitan el tratamiento y control de estos individuos después de cumplida la pena privativa de libertad.

La libertad vigilada consistirá en la imposición de una serie de obligaciones que deberá cumplir el condenado. Estas obligaciones pueden ser las siguientes:

- Estar siempre localizable.
- Presentarse periódicamente en el lugar que se establezca.
- Comunicar inmediatamente cada cambio del lugar de residencia o del lugar o puesto de trabajo.
- No poder ausentarse sin autorización del juez o tribunal del lugar donde resida.
- No aproximarse a la víctima o a aquellos familiares o personas que determine el juez o tribunal sin comunicarse con los mismos.
- No acudir a determinados lugares o establecimientos.
- No residir en determinados lugares.
- No desempeñar determinadas actividades que pueda aprovechar para cometer hechos punibles de similar naturaleza.
- Participar en programas formativos, laborales, culturales, de educación sexual u otros similares.
- Seguir un tratamiento médico externo.

Para garantizar el cumplimiento efectivo de esta pena, el juez o el tribunal podrán acordar la utilización de medios electrónicos que permitan la localización y seguimiento permanente del reo.

Frente a delitos graves resultará aplicable, además de la pena de prisión, una pena accesoria de libertad vigilada de entre diez y veinte años, además de la privación de libertad. Frente a delitos menos graves, el juez podrá imponer una pena de libertad vigilada de entre uno y diez años. Cuando concurren las circunstancias de reincidencia, habitualidad, pluralidad de delitos o extrema gravedad de los mismos, la pena deberá aplicarse en su mitad superior.

No obstante, en el supuesto de un pronóstico positivo de reinserción, existe la posibilidad de reducir la pena de libertad vigilada o que ésta quede sin efecto.

### *C) Pornografía y prostitución infantil*

En el ámbito de la prostitución y pornografía infantil, el Anteproyecto de Ley de Reforma del CP tipifica nuevas conductas, como la captación de menores para que participen en espectáculos pornográficos o el ofrecimiento de pornografía infantil. También se tipifica como delito el hecho de lucrarse con estos espectáculos infantiles.

En cuanto al delito de prostitución, a partir de esta reforma también se incriminará la conducta del cliente de prostitución cuando la relación sexual se lleve a cabo con un menor o incapaz.

## **PARAFILIA O IMPULSO SEXUAL DESVIADO**

### *Deseo e impulso sexual*

El impulso sexual en los humanos es básico, primario, intenso y persistente, con un desencadenamiento que tiene que ver mucho con los estímulos tanto internos como externos (Cáceres, 2001).

Queda claro que existe una gran diversidad de estímulos susceptibles de generar un deseo o impulso sexual, y esta diversidad está cada vez más patente en nuestra sociedad en los últimos años. La gran “apertura” y permisividad ante diferentes preferencias de tipo sexual ha sido evidente en las últimas décadas y ha promovido el que algunas conductas o comportamientos que antes eran considerados como “actos de perversión”, enfermedad mental e incluso delito, sean en la actualidad aceptados, véase como ejemplo la homosexualidad.

A pesar de que son muchos los que consideran que cualquier comportamiento en el que participen personas adultas de forma voluntaria para su satisfacción sexual debería ser admitido sin prejuicio alguno, desde otros muchos sectores se sigue insistiendo en definir determinados comportamientos como parafilias.

### *Las parafilias*

Las parafilias consisten en la presencia de repetidas e intensas fantasías, impulsos o comportamientos sexuales que, por lo general, engloban alguna o varias de las siguientes características: objetos del deseo no humanos, el objeto de

deseo consiste en el sufrimiento o humillación de uno mismo o de la pareja, o bien exige la participación de niños, ancianos o personas que no consienten o con los que no existe apenas comunicación (Soria, 2005).

Existen diferentes tipos de parafilias en función del tipo de comportamiento o del objeto de deseo sexual: exhibicionismo, sadismo-masochismo, fetichismo, paidofilia, gerontofilia, necrofilia, zoofilia, etc.

Como señala Soria (2002), es importante tener en cuenta que no todos los comportamientos parafilicos son ilegales, si éstos se realizan entre dos personas adultas de forma totalmente voluntaria y sin que exista coacción no suponen un problema legal. De igual forma, tampoco todos los delitos sexuales responden a la existencia en el delincuente de una parafilia aunque sí es verdad que diferentes estudios señalan comportamientos sexuales desviados en el historial de los agresores sexuales.

Una vez explicado el término, deberíamos preguntarnos: ¿son las parafilias un trastorno mental?. Esta pregunta, que genera una gran controversia entre diferentes especialistas y entre los propios parafilicos, es importante a la hora de valorar la imputabilidad de un parafilico cuando comete un delito sexual relacionado con su parafilia.

Desde algunos sectores científicos se quiere promover que no se considere la parafilia como un trastorno mental alegando que los sujetos son totalmente conscientes de sus actos y que no sufren un malestar significativo por sus fantasías o comportamientos. Además, estos profesionales señalan los beneficios legales (reducción de condena) que estos sujetos pueden recibir si llegan a cometer un delito sexual en el caso de ser considerados como enfermos mentales.

Por otro lado, los propios parafilicos no consideran su conducta como patológica y achacan sus problemas a la gran incomprensión por parte de la sociedad.

Para analizar mejor este punto vamos a ver qué dice el DSM-IV acerca de qué es un trastorno mental. El DSM-IV (APA, 1994) define un trastorno mental como "...un síndrome o patrón comportamental o psicológico de significación clínica, que aparece asociado a: 1. un malestar (p. ej. Dolor); 2. una discapacidad (p.ej. deterioro de una o más áreas de funcionamiento); 3. un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad". Además señala: "Cualquiera que sea la causa, debe considerarse como la manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica. Ni el comportamiento desviado (p.ej. político, religiosos o sexual), ni los conflictos

entre el individuo y la sociedad son trastornos mentales, a no ser que la desviación o el conflicto sean síntomas de una disfunción...”.

Si tenemos en cuenta esta definición, un comportamiento sexual, aunque suponga una desviación de acuerdo a la “norma” social y genere un gran rechazo por gran parte de la sociedad, no puede considerarse un trastorno mental.

Pero a pesar de las diferentes definiciones, o precisamente o por éstas, no queda claro si una parafilia puede considerarse un trastorno mental o no. Por ejemplo, si nos basamos en la incapacidad de control de su impulso que señalan muchos parafílicos quizás deberíamos considerar la existencia de un problema en su capacidad volitiva. Si además, como señalan otros parafílicos, sus fantasías y la incapacidad de controlar éstas o el temor a llevarlas a cabo, les generan un malestar significativo, ¿no coincide esto con la definición del DSM-IV de trastorno mental?. También debemos tener en cuenta que en ocasiones estos impulsos sexuales se vuelven intensos y llevan a la persona a ocupar gran parte de su tiempo y actividad a satisfacerlos llegando a tener por esto un deterioro social y laboral, y por lo tanto desear la persona librarse de tales impulsos a pesar del placer que le pueden ocasionar ¿acaso no podría este patrón ser similar al de una persona con una adicción y por lo tanto ser considerado propio de un trastorno mental?.

Por otro lado, no hay que olvidar que en muchas ocasiones la existencia de una parafilia coincide en la persona con la existencia de otro trastorno mental, como puede ser un deterioro cerebral, una deficiencia mental o un alcoholismo. En estos casos normalmente predomina en la persona la influencia del trastorno mental y el comportamiento parafílico o está asociado o puede ser resultado del propio trastorno.

Pese a todo es importante diferenciar las parafilias del uso de fantasías o comportamientos sexuales no patológicos y de la utilización de objetos para conseguir una excitación sexual que pueden llevar a cabo sujetos normales no parafílicos. Para que se pueda hablar de una verdadera parafilia es necesario que los estímulos parafílicos sean indispensables para alcanzar la excitación sexual, estén siempre incluidos en la excitación sexual y creen un malestar clínicamente significativo (Oliveiro y Graziosi, 2004).

De igual forma, habría que tener en cuenta siempre el contexto cultural como ya se ha mencionado anteriormente, puesto que lo aceptado en una cultura puede ser general repulsa en otra y ser considerado un comportamiento parafílico.

## LA PEDOFILIA

El término pedofilia (en griego “pais” significa niño y “philia” amistad) data de 1890 cuando el psiquiatra alemán Richard von Krafft-Ebing en su obra *Psychopathia sexualis* describe diferentes modelos psicopatológicos relacionados con diferentes preferencias sexuales. Desde entonces han sido diversos estudios los que han profundizado sobre el término, las causas tanto biológicas como psicológicas, los diferentes tipos de pedófilos, y su relación con los delitos sexuales.

La pedofilia es una de las parafilias más frecuentes que consiste en la excitación o el placer sexual derivado de fantasías o actividades sexuales con menores prepúberes.

En muchas ocasiones se utiliza el término pedofilia como sinónimo de pederastia, pero para ser rigurosos es preciso señalar que mientras en la pedofilia es un término más amplio en el que se incluyen todo tipo de relaciones con menores, tanto homosexuales y heterosexuales, la pederastia se refiere a la atracción homosexual por prepúberes o jovencitos (Oliveiro y Graziosi, 2004).

Es muy difícil determinar el nivel de incidencia de la pedofilia en la sociedad actual ya que los resultados de los estudios ofrecen cifras muy diferentes y se observan numerosos errores metodológicos que restringen el valor de las investigaciones: tipo de muestra, secretismo de la sociedad, la propia definición de qué es abuso sexual y qué no lo es, la edad de la víctima, etc.

En la actualidad la pedofilia se incluye en los diferentes manuales y clasificaciones de trastornos mentales dentro de las parafilias.

Los criterios para el diagnóstico de la pedofilia según el DSM-IV-TR (2000) son las que se indican a continuación (no debe incluirse a individuos en las últimas etapas de la adolescencia que se relacionan con personas de doce o trece años):

### F65.4 Pedofilia [302.2]

- A. Durante un período de al menos seis meses, experimentar fantasías sexuales recurrentes y altamente excitantes, impulsos sexuales o comportamientos que implican actividad sexual con niños prepúberes o niños algo mayores (generalmente de trece años o menores).
- B. Las fantasías sexuales, impulsos sexuales o los comportamientos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- C. La persona tiene, al menos, dieciséis años y es por lo menos cinco años mayor que el niño o los niños del criterio A.

Además se debe especificar si la atracción sexual es por los hombres, por las mujeres o por ambos sexos; si se limita al incesto o no; y si es de tipo exclusivo (atracción sólo por los niños) o no.

Algunos autores señalan la necesidad de diferenciar entre la pedofilia, como la atracción sexual por niños prepúberes, y la hebefilia o atracción sexual por niños púberes (entre 11 y 12º 14 años de edad). Además consideran que esta diferenciación debería incluirse dentro del DSM (Blanchard et al., 2009).

No hay que confundir sin embargo, como señala Echeburúa (2000), la “pedofilia” con el “abuso sexual infantil”. Según este autor, los pedófilos abusan sexualmente de los niños (a excepción de algunos que limitan su actividad a fantasías masturbatorias con menores) para llevar a cabo sus impulsos sexuales, pero hay abusadores que no son propiamente pedófilos y que presentan una orientación sexual dirigida a las personas adultas, pero que en determinadas circunstancias de estrés, ira o aislamiento pueden llevar a cabo conductas con menores.

### *Perfil o tipos de pedófilos*

Dentro de los múltiples estudios que se han realizado sobre el tema, si hay un punto en que los diferentes autores se ponen en común es en que no existe un perfil claro del pedófilo. El pedófilo puede ser un hombre o una mujer, aunque éstas son minoría; puede ser joven, adulto o anciano; puede ser un persona culta y respetada en su profesión o una persona inculta; pueden ser homosexuales o heterosexuales; suelen preferir a las niñas pero también pueden decantarse por los niños o por ambos sexos; pueden conocer a la víctima (ser familiares o amigos) o ser completamente desconocidos; sus actos pueden ir desde la masturbación, utilización de pornografía infantil, hasta los tocamientos y violación; unos utilizan la violencia y otros sutiles técnicas de manipulación.

Podemos hablar de pedofilia “primaria” cuando ésta está muy arraigada en el sujeto, y de pedofilia “secundaria” cuando ésta está asociada a otro trastorno psicopatológico como un retraso mental, una demencia degenerativa o un alcoholismo por ejemplo (Oliverio y Graziosi, 2004). También podemos diferenciar a los pedófilos de “tipo exclusivo” que sólo se sienten atraídos por menores, de los de “tipo no exclusivo” cuando también sienten atracción sexual por adultos.

Quizá la gran dificultad para establecer las características se encuentre en el secretismo con que los sujetos intentan llevar su pedofilia. El gran rechazo social así como la consideración de las relaciones sexuales o los actos sexuales con menores como un delito hacen que este fenómeno se limite en su estudio a los agresores sexuales, a los testimonios de las víctimas y en algunos casos a algunos pedófilos que solicitan ayuda profesional. El temor a ser descubiertos

hace que los pedófilos sean normalmente muy cuidadosos en sus comportamientos llegando incluso a dificultar en los casos de una denuncia, la obtención de pruebas contra el sujeto.

A pesar de esto, y derivado de diferentes estudios podemos señalar una serie de datos acerca de los pedófilos.

Los pedófilos son mayoritariamente varones (un 13% aproximadamente son mujeres); suelen cometer el abuso sexual normalmente entre los 30 y 50 años de edad (a pesar de que un 20% de los agresores son adolescentes); suelen estar casados; los agresores son habitualmente familiares o allegados (profesores, vecinos, etc.) de la víctima; su apariencia es normal; tienen un estilo convencional; suelen tener una inteligencia media y no son psicóticos.

Hay que aclarar que la mayoría de los pedófilos intentan no “maltratar” a los niños, bien porque no sienten impulsos sádicos, por la atracción que sienten por ellos o por el temor a que si les hacen daño éstos puedan hablar con alguien y ser descubiertos. Muchos pedófilos al ser descubiertos justifican sus actos defendiendo el valor educativo de éstos para el niño, acusando al niño de seductor que incita al adulto, o alegando que el niño había obtenido placer con su comportamiento.

Los más peligrosos son los pedófilos con rasgos sádicos y que practican el denominado “pedosadismo” (Oliveiro y Graziosi, 2004). En estos casos, además de sentir una atracción sexual por los niños, sienten placer infringiéndoles daño o sometiéndolos, llegando en los casos más graves a matar a su víctima. Es importante diferenciar estos sujetos de los que también matan a su víctima pero no por una satisfacción en el hecho en sí de matar, sino por el temor a ser delatados y descubiertos.

### *¿Qué piensa un pedófilo?*

Está claro que para la gran mayoría de la sociedad los actos pedófilos generan un gran rechazo, cuando conocemos la existencia de algún caso es frecuente que nos preguntemos ¿qué puede pensar una persona para hacer eso a un niño?, ¿acaso no se da cuenta del daño que le puede ocasionar?. Enfermos o no, nos cuesta entender cómo puede llegar una persona a abusar de un menor. Vamos a intentar analizar qué pasa por la cabeza de estos sujetos para que no sólo lleven a cabo su conducta pedófila sino que la justifiquen.

Las distorsiones cognitivas se han señalado como una característica central de la ofensiva de los delincuentes sexuales (Navathe, Ward y Gannon, 2008). Vázquez (2007) señala como distorsiones cognitivas más frecuentes: “Las caricias sexuales no son realmente sexo y por ello no se hace ningún mal”, “los niños no

lo cuentan debido a que les gusta el sexo”, “el sexo mejora la relación con un niño”, “los contactos sexuales son una muestra de cariño”, “la falta de resistencia física significa que el niño desea el contacto sexual”, “si no hay violencia el menor no va a desarrollar trastornos”, etc.

El anonimato de Internet ha permitido a los pedófilos “asociarse” y compartir sus experiencias y a la vez ha permitido al resto de las personas tener acceso a su forma de pensar y de ver la pedofilia. Los pedófilos defienden su derecho a amar a los niños y su derecho de expresión alegando que cuando no hay violencia, explotación o prostitución, su preferencia sexual debe ser respetada. Estos pedófilos señalan que los niños tienen derecho, y sobre todo capacidad de elegir, y por lo tanto pueden demostrar el rechazo si no le gusta algo, además, no consideran a la pedofilia como una enfermedad y por ello rechazan el tratamiento. Como recogen Oliveira y Graziosi (2004), muchos pedófilos defienden el “derecho a la libertad sexual” del niño que se encuentra oprimido por una sociedad sexofóbica. De esta forma, estos pedófilos señalan que el verdadero daño que sufre el menor es derivado de: a) tener que mantener en secreto los “juegos” que hacen con los adultos (generando sentimientos de culpa, vergüenza e inseguridad); b) los trámites judiciales tras la denuncia de los hechos (interrogatorios, testimonios y careos); y c) el comportamiento de los padres, ya que si éstos no comunicaran a sus hijos el temor de ser víctimas de la violencia, el menor no se negaría a las atenciones sexuales de los adultos, no sentiría vergüenza, y finalmente, no sería asesinado.

Si este tipo de pensamientos nos muestra lo irracional del pensamiento del pedófilo, quizás nos deba preocupar más cuando algunos sexólogos lo comparten alegando que el mayor riesgo de la pedofilia no radica en las prácticas sexuales en sí, sino que se ve determinado por el pánico de los adultos y el posterior procedimiento judicial. Sería, según este tipo de pensamiento, la fobia sexual de padres y de educadores lo que llevaría al menor a creer que las relaciones sexuales son dañinas e inmorales, y es por ello el sentimiento de culpa del niño el que le llevaría a su sufrimiento. Según este tipo de pensamiento, si ante un acto pedófilo se minimiza el hecho y se comenta como algo natural y normal, se ayudaría al menor a superar su malestar.

### *Pedofilia y agresión sexual*

Como ya hemos comentado antes, si bien tienen una estrecha relación, no podemos utilizar estos términos haciendo alusión al mismo fenómeno, sino que debemos tener en cuenta una serie de diferencias.

Para que quede más claro vamos a utilizar la tipología de agresores sexuales de Nicholas Groth (1978; Cit. en Noguero, 2005). Este autor diferencia entre agresores fijados y agresores regresivos.

Los agresores sexuales fijados serían aquellos sujetos también definidos como pedófilos. Éstos tienen una orientación primaria y exclusiva hacia los niños y reconocen esta atracción como un estado permanente; esta atracción suele responder a influencias tanto internas de la persona como psicológicas y suele ser muy persistente y de carácter obsesivo; el interés por los niños en este tipo de agresores comienza en la adolescencia y se mantiene a lo largo de su vida; a pesar de poder tener relaciones con adultos los niños siguen siendo su referencia sexual; en ocasiones se casan para esconder su preferencia o incluso para llegar a tener mayor acceso a menores (hijos propios o de la pareja); suelen adaptar su comportamiento y sus intereses al del niño para que éste le acepte como un igual y así acercarse a él, y en ocasiones pueden adoptar un rol pseudoparental con su víctima; no suelen tener sentimientos de culpa, vergüenza o remordimientos; sus abusos suelen ser premeditados y planificados para así no ser descubiertos; normalmente evitan relaciones sexuales con adultos tanto por el miedo al rechazo como por sentimientos de vergüenza, inferioridad o falta de atracción sexual hacia ellos.

Los agresores sexuales regresivos suelen tener una preferencia sexual hacia sujetos de su edad pero en una situación de conflicto o de tensión pueden sentir una atracción hacia el niño como una forma de liberar la tensión; el interés por los niños suele aparecer en su etapa adulta y responde normalmente a un estrés precipitante; esta atracción puede ser episódica y no permanecer en el tiempo; son sujetos con un escaso control de los impulsos sobre todo en el área sexual, con baja tolerancia a la frustración y pobre autoconcepto; normalmente sólo se preocupan por sus propias necesidades y muestran escaso interés por las de los demás; no suelen sentir angustia por su atracción por los niños y pueden no sentir ni vergüenza ni culpa; sí se suelen preocupar por las consecuencias derivadas de ser descubierto; al descubrirles normalmente niegan los hechos o suelen justificarlos culpando al menor o justificando de alguna forma su conducta.

Esta diferenciación entre dos tipos de agresores es importante a la hora de valorar los factores de riesgo, el tipo de tratamiento y el pronóstico o posibilidad de rehabilitación.

### *Teorías explicativas de la pedofilia*

Llegados a este punto nos preguntamos, ¿por qué una persona puede llegar a sentir placer sexual manteniendo relaciones con un niño?. Muchos autores coinciden en que el pedófilo presenta una personalidad inmadura, con sentimientos de inferioridad que le dificulta el mantener una relación amorosa o sexual adulta. Serían sujetos narcisistas que sólo piensan en su placer, que buscan a los menores porque sienten que pueden dominarlos y no suponen un riesgo para su frágil auto-

estima. Además, estos sujetos no entienden lo “inadecuado” de su conducta. Los niños son fáciles de manipular y por lo tanto pueden conseguir sus objetivos sin que corran el riesgo de ser rechazados ni que su débil autoestima se vea dañada. Frente a los niños indefensos los pedófilos se sienten poderosos.

Pero ¿por qué unos sí y otros no?, ¿qué lleva a una persona a sentir ese deseo? Son muchas las teorías acerca del origen de las preferencias sexuales y son pocos los datos empíricos que puedan dar mayor validez a unas frente a otras, por eso quizás sea más acertado considerar la coincidencia de varios mecanismos en el sujeto que le llevan a presentar este tipo de impulso y/o comportamientos.

Entre todos estos mecanismos, Cáceres (2001) destaca los más estudiados y que pueden explicar no sólo el origen de la pedofilia sino de cualquier otra parafilia.

- A) *Problemas de relación*: la dificultad para conseguir intimidad y la consecuente soledad derivada de un estilo inadecuado de formación de vínculos. Esta dificultad puede derivarse de una ausencia de modelos adecuados o de haber recibido el propio sujeto abusos sexuales en su infancia. La ausencia de empatía o el déficit de ésta también dificultarían el establecimiento de relaciones adecuadas.
- B) *Experiencias de abuso-maltrato en la infancia*: muchos estudios muestran que una gran proporción (no está claro el índice, entre en 40 y el 60%) de pedófilos han sido víctimas de abusos sexuales en su infancia. Sin embargo no está claro el mecanismo por el cual haber sido víctima convierte al sujeto en agresor, al fin y al cabo, no todas las víctimas se convierten en agresores. Una de las teorías que explicaría este mecanismo sería la que señala un modelado defectuoso por el que el pedófilo intentaría imitar la conducta de los que en su día le agredieron. Según Noguerol (2005), el sentimiento de rabia y fracaso, tras un trauma vivido en la infancia, puede crear la necesidad de repetir el episodio traumático durante otras etapas evolutivas.
- C) *Desarrollo de un impulso sexual desviado*: a través de procesos de condicionamiento clásico y/o operante, estímulos atípicos o determinadas situaciones estimulares previamente sexualmente neutras podrían haberse investido con la capacidad de evocar excitación sexual. El primer episodio, que podría ser accidental, se afianzaría por medio de las fantasías y conductas masturbatorias. A estos condicionamientos podrían unirse el aprendizaje social e incluso la influencia de determinados estímulos biológicamente preparados para facilitar tal asociación según diversos autores.

- D) *Haberse alterado la secuencia “normal” de cortejo:* en las parafilias, esta secuencia “normal” que tendría 4 fases, se vería alterada bien por intensificación o fijación a una de ellas o bien por fallos o eliminación de otras. Esta teoría, desarrollada por Freund et al. (1983; Cit. en Cáceres, 2001), si bien puede explicar diferentes parafilias no está muy clara a la hora de explicar el origen de la pedofilia.
- E) *Presencia de problemas o trastornos cognitivos:* muchos autores coinciden en la existencia de diferentes distorsiones cognitivas como base de las parafilias. La minimización, la negación, la transferencia de responsabilidades hacia otra persona, así como toda una serie de creencias o de actitudes facilitarían la realización de las diferentes conductas sexuales desviadas. Es importante señalar sin embargo que no queda claro si son las creencias distorsionadas las que llevan por ejemplo a un pedófilo a abusar de un menor, o las creencias son el resultado de una búsqueda de justificación de su conducta. Parece más bien que son las interpretaciones erróneas o distorsionadas del comportamiento de los niños, las que llevan al pedófilo a construir una serie de creencias que le ayudan a justificar sus actos.
- F) *Una adicción sin sustancia:* las pedofilia se consideraría como una forma más de adicción (Cohen, Grebchenko, Steinfeld, Frenda, & Galynker, 2008) y como tal presentaría una serie de características: Está controlada por reforzadores positivos en su inicio y por reforzadores negativos al final; Implica cierta pérdida de control para el sujeto; Conlleva normalmente deterioro social del sujeto; Suele producirse cierto grado de tolerancia; Está determinada por la dependencia como proceso esencial y básico. Apoyando esta teoría muchos autores señalan la existencia de diversas adicciones (sobre todo el alcohol) en sujetos parafilicos.
- G) *Explicaciones biológicas:* algunos autores han relacionado el comportamiento sexual desviado a algún tipo de disfunción cerebral. Sobre todo se ha estudiado la influencia de lesiones en el lóbulo temporal, en el lóbulo límbico, así como trastornos en la región fronto-temporal izquierda. Otros estudios señalan la relación de trastornos hormonales (altos niveles de testosterona) con la conducta sexual agresiva. De todas formas, el conocimiento al respecto es muy limitado aunque sí es verdad que se está investigando sobre todo para determinar el efecto positivo de un tratamiento farmacológico para controlar algunos casos de parafilias.

## *Modelo explicativo del abuso sexual infantil*

Como ya se ha mencionado antes, es necesario diferenciar pedofilia y agresión sexual, y si bien es cierto que no todos los pedófilos llegan a abusar o a agredir sexualmente a un menor, la gran mayoría sí lo hace. Pero ¿qué hace que un sujeto con determinadas fantasías de tipo pedófilo llegue a cometer un abuso sexual?.

Finkelhor (Noguerol, 2005; Cáceres, 2001; Cantón y Cortés, 1999; y Redondo, 1998) propuso el *Modelo de los cuatro factores* que explicaría los precondicionantes que se dan en un adulto para llegar a cometer un abuso sexual a un menor:

- 1) En el adulto están presentes sentimientos sexuales hacia el menor o hacia menores en general. Este deseo puede derivarse de: deseo biológico del adulto de relacionarse sexualmente con menores; abuso sexual en la infancia o en la etapa adulta; experiencias sexuales en la infancia con otros menores; o efectos de exposición a la pornografía.
- 2) El adulto debe superar sus inhibiciones internas que vayan en contra del deseo sexual a un menor. Existen algunos factores que reducen esta inhibición como son: no interiorización de valores que sancionan las relaciones sexuales con menores; escaso control de impulsos o carencia de habilidades en la demora de gratificaciones; existencia de psicopatología asociada; sentimiento de indefensión; sentimiento de frustración asociado a relaciones sexuales; confusión de roles adulto/niño.
- 3) El adulto debe superar los obstáculos externos que le frenan a la hora de expresar su deseo sexual hacia los menores. Pueden darse determinadas condiciones que disminuyan estos condicionantes sociales: ausencia de madre del menor, madre enferma o indefensa; oportunidad de estar a solas con el menor en una situación de intimidad; situación de hacinamiento familiar; situación de aislamiento familiar.
- 4) Finalmente, el adulto debe superar la negativa, resistencia, o intentos de evitación del menor si éstos se dan. Existen factores en la víctima que pueden limitar esta resistencia: privación emocional de la víctima; aislamiento social de la víctima; conocimiento o relación previa entre la víctima y el agresor; desconocimiento de la víctima de lo que está sucediendo; coacción o amenazas por parte del agresor a la víctima.

Según Finkelhor, deben darse los cuatro factores para que se cometa el abuso.

## TRATAMIENTO Y REINCIDENCIA DE LA PEDOFILIA

La mayoría de los agresores sexuales, cuando son declarados culpables, cumplen una pena de prisión, pero la alarma social se dispara cuando alguno de ellos reincide. Muchos sectores sociales abogan por la pena de cadena perpetua o por el ingreso de por vida en un centro psiquiátrico.

Es comprensible el deseo de muchos de un endurecimiento de penas e incluso de reclusión permanente, pero hay que tener en cuenta que un sistema más duro en este aspecto no hará disminuir el número de agresiones sexuales a menores como se demuestra en otros países. Sin embargo parece que hay algo en lo que todo el mundo coincide, es necesario buscar soluciones ante la gran reincidencia de este tipo de delincuentes. Pero, ¿es suficiente el tratamiento?, ¿debería ser éste obligatorio?, ¿puede cambiar realmente un pedófilo?, ¿son tan fuertes los instintos sexuales que deberían ser recluidos para así proteger a la sociedad?

Recordemos que no todas las personas con tendencias pedófilas llegan a cometer actos delictivos agrediendo sexualmente a menores, ni que tampoco todos los agresores sexuales de menores presentan claras tendencias pedófilas.

### *¿Tiene tratamiento la pedofilia?*

Antes de responder a esta pregunta pensemos un poco lo que realmente implica. ¿Se puede mediante un tratamiento cambiar una orientación sexual profundamente arraigada en la persona? Por otro lado, ¿qué pensaríamos si a una persona heterosexual se le plantea que por medio de un tratamiento podrá cambiar su deseo sexual y ser homosexual, o viceversa?

Ante la pregunta de si tiene cura la pedofilia no existe una respuesta afirmativa ni negativa. La mayoría de los autores coinciden en que con el tratamiento un pedófilo puede aprender a controlar su conducta pero la inclinación sexual en sí no cambia (Seto, 2009). Los pedófilos deben asumir que su orientación sexual permanecerá siempre pero también deben aprender a asumir la responsabilidad de su conducta, a controlarla, y a renunciar a todo tipo de contacto sexual con menores. Por esto es que la mayoría de terapeutas hablan de “control” más que de curación, como señala Cáceres (2001), se trataría de dotar al sujeto de un grado de conocimiento de su impulso, así como de recursos que le permitan ejercitar cierto control sobre su éste para conseguir así una “abstinencia controlada” similar a la que puede tener un alcohólico.

## *Alternativas terapéuticas*

Como ya se señalaba antes, parece que no se puede atribuir una única causa a la existencia o no de la pedofilia, por lo tanto, el tratamiento no puede ir dirigido solamente a abordar el impulso sexual. Es importante que el programa de tratamiento incluya también el tratar aspectos que pueden ser determinantes en la pedofilia de un sujeto como pueden ser: carencias de tipo personal, creencias de tipo misóginas, carencias relacionales, expresión inadecuada de su hostilidad, falta de habilidades de solución de problemas, baja autoestima, existencia de una adicción a sustancias, etc.

## *Tratamiento de Psicoterapia*

Dentro de los diferentes enfoques de psicoterapéuticos, el método cognitivo-conductual ha ido ganando terreno a otros y es actualmente el más utilizado en los programas de tratamiento de pedófilos y delincuentes sexuales.

De los diferentes programas de tratamiento que se pueden desarrollar desde este método, y atendiendo por supuesto a las características individuales de cada caso, se podría hablar de tres objetivos principales:

- 1) Que el paciente acepte su tendencia sexual y asuma la responsabilidad de su conducta. En tanto que el sujeto se vea como una persona que tomó una decisión cuando podía haber tomado otra, podrá asumir su responsabilidad en su comportamiento pasado y sobre todo en su comportamiento futuro. Se busca corregir los errores perceptivos e ideas distorsionadas con las que el sujeto justifica su actuación.
- 2) Desarrollar la capacidad de empatía, especialmente el sentimiento de empatía por la víctima. Analizando testimonios de diferentes víctimas, incluida la propia víctima del agresor, y haciendo que éste, poniéndose en el lugar de la víctima, describa lo que ésta sintió. Sin un mínimo de empatía por la víctima el tratamiento según muchos autores no es efectivo.
- 3) Evitar la reincidencia. Se les enseña a analizar sus percepciones y pensamientos previos en situaciones de riesgo para que puedan poner en marcha mecanismos de freno. Igualmente se les entrena en la detección y evitación de situaciones de riesgo. Este es un enfoque terapéutico similar al llevado a cabo en las adicciones.

A estos objetivos principales habría que añadir otros como pueden ser: entrenamiento en habilidades sociales y asertividad, enriquecimiento de la vida

en pareja, solución de otras disfunciones sexuales preexistentes, potenciar la excitación ante estímulos sexuales “normales”, desarrollo de habilidades de solución de problemas, educación sexual, etc. (Noguerol, 2005; y Cáceres, 2001).

Es habitual que se combinen sesiones de grupo con sesiones de psicoterapia individual. Pero sobre todo, es importante tener en cuenta que este tipo de tratamiento requiere de la colaboración del delincuente sexual, en ningún caso resulta efectivo si el sujeto se niega al mismo o no se encuentra lo suficientemente motivado.

### *Tratamiento Farmacológico. Castración química*

El tratamiento farmacológico en las parafilias, concretamente en la pedofilia está muy discutido en la actualidad. La problemática de esta discusión radica en gran parte en el desconocimiento de los tratamientos, de su indicación terapéutica y de su efectividad.

Muchos sectores abogan por los tratamientos de *castración* química, apoyando incluso su administración obligatoria sin el consentimiento del delincuente, confiando en que son la “solución” para que este tipo de delincuentes sexuales no reincida.

Lamentablemente, esta alternativa terapéutica no es tan milagrosa y su administración conlleva una serie de condiciones previas para su efectividad que no se pueden obviar.

Son dos principalmente los tratamientos farmacológicos que en la actualidad se utilizan en estos casos. Por un lado están los antidepresivos del grupo de los inhibidores de la recaptación selectiva de la serotonina (IRSS), utilizados normalmente para el tratamiento de depresiones y de trastornos de ansiedad e impulsividad. Este tipo de fármacos actúan aumentando las concentraciones de serotonina en el cerebro, generando así un efecto positivo en el estado de ánimo del sujeto. Estudios llevados a cabo con IRSS muestran un mayor control en los afectos evidenciado por un retroceso en las fantasías y el deseo sexual así como en la masturbación.

Otro tipo de fármacos utilizados son los llamados antiandrógenos que bloquean las síntesis de testosterona (como el acetato de medroxiprogesterona o el acetato de ciproterona). Estos fármacos disminuye los niveles de testosterona, hormona sexual masculina que influye directamente además de en el deseo sexual, en la agresividad y el comportamiento antisocial. La disminución de esta hormona hasta el nivel de la castración genera una disminución de los impulsos sexuales, atenúa las fantasías eróticas y la facilidad de estimulación sexual y el orgasmo.

Este tipo de tratamiento no es efectivo si no se lleva a cabo una psicoterapia con el sujeto (Stoleru, 2008). Hay que tener en cuenta que en muchas ocasiones, al desaparecer el deseo sexual, el sujeto puede sufrir un estado de crisis por ver anulada esa vía de escape y satisfacción que sentía. En la psicoterapia también se aborda este problema para que el paciente pueda enfrentarse a él valorando los efectos positivos del tratamiento y evitar así el abandono del mismo o el aumento de sentimientos de frustración que le podrían llevar a mayores niveles de agresión.

Muchos terapeutas comentan además, que la administración de este tipo de fármacos favorece en el sujeto un estado de sosegamiento que le facilita el poder hablar con franqueza de sus fantasías y comportamientos sexuales, favoreciendo así el avance de la psicoterapia.

Cabe señalar que todavía son muy escasos los estudios empíricos para poder concluir hasta qué punto son efectivos o no este tipo de tratamientos. Además, quedan todavía por resolver cuestiones como si este tipo de tratamiento es de por vida o una vez el pedófilo aprenda a controlar su conducta ya no son necesarios.

### *Resultados de los tratamientos. Reincidencia*

Son pocos los datos empíricos que existen acerca de la eficacia de los tratamientos pero en general, diferentes autores señalan una disminución de la reincidencia, tras un tratamiento de tipo cognitivo-conductual con o sin apoyo farmacológico, en un 50 o 60% de los casos.

De cualquier forma lo que sí parece claro son los diferentes factores que pueden dificultar el éxito de un tratamiento como son: baja motivación del paciente; poca o nula conciencia de problema; o existencia de algún trastorno psicopatológico asociado. Uno de los factores que suponen un gran riesgo de reincidencia es la presencia de rasgos psicopáticos de personalidad (Urta, 2003).

## **REFLEXIONES Y PROPUESTAS ANTE UN PROBLEMA ACTUAL**

Como se decía al principio, estamos ante un problema grave que crea una gran alarma social y que lejos de tener una solución sencilla, los diferentes estudios muestran la gran complejidad del mismo. Desde los diferentes ámbitos sociales es necesario buscar formas de proteger a los menores de posibles abusos sexuales, pero también es necesario ayudar a los pedófilos, agresores o no, a no cometer estos abusos.

## *Sobre la necesidad del tratamiento*

Parece clara la necesidad de un endurecimiento de las penas para abusadores y agresores sexuales de menores, pues es necesario que exista un incentivo autoritario que les lleve a ver su conducta como un hecho grave, ilegal y que es duramente castigado. Pero, por otro lado, y por los lamentables datos de reincidencia de este tipo de delincuentes, está claro que una pena de prisión sin un tratamiento adecuado no garantiza que el sujeto, una vez puesto en libertad, no vuelva a cometer algún tipo de abuso o agresión. Es más, puede que tras un tiempo en prisión, su sentimiento de rabia y frustración haya aumentado y favorezca una recaída.

La necesidad de un tratamiento adecuado parece que es indudable pero ¿debe ser este tratamiento obligatorio? Como ya se ha comentado antes, para que la psicoterapia sea efectiva es imprescindible en primer lugar una serie de cuestiones como son la existencia de un mínimo de empatía, la conciencia o reconocimiento de un problema en su tendencia sexual y sobre todo la implicación y aceptación del tratamiento por parte del sujeto. Por esto, queda claro que la obligatoriedad de la terapia parece contradecir uno de los requisitos básicos de ésta por lo que limitaría en gran parte, si no totalmente, su efectividad. Esto si hablamos de psicoterapia, si nos referimos a una terapia farmacológica o *castración* química, la no aceptación de la misma por parte del paciente podrían generar en éste al ver anulado su deseo sexual de forma forzosa, un fuerte sentimiento de rabia y frustración que le llevasen a cometer otro tipo de agresiones incluso con más violencia y de mayor gravedad.

Por otro lado, habría que valorar la motivación real del delincuente a la hora de recibir tratamiento. Si el tratamiento puede proporcionarle beneficios penitenciarios o algún tipo de reducción de la pena, se corre el riesgo de que el sujeto “simule” su deseo de cambio y su evolución positiva. Por esta razón, en algunos centros de tratamientos de pedófilos no aceptan a pacientes que tengan pendientes causas con la justicia.

Por último, además de ser necesaria la existencia de tratamientos adecuados, es importante que éstos se lleven a cabo por profesionales con una formación específica por la gran complejidad que este tipo de actuaciones terapéuticas requiere. Igualmente, estos profesionales deberían estar entrenados en la detección de conductas que hagan sospechar de una simulación.

## *Otras medidas de prevención*

Parece necesario ante la gravedad de los hechos la búsqueda de otras soluciones al problema de la pedofilia. Existen otras medidas de control y prevención que ya están siendo aplicadas en diferentes países no sin polémica.

La obligatoriedad del tratamiento y de la castración química ya se ha impuesto en algunos países y son proyecto de ley en otros. De igual forma también se ha extendido la prohibición a estos sujetos de ejercer determinadas profesiones que puedan favorecer el contacto con menores.

Otra medida que parece cada vez más aceptada es la de la existencia de un registro, al que tienen acceso las autoridades, de pedófilos y agresores sexuales que permita controlar el acceso de estos sujetos a trabajos que puedan suponer un mayor riesgo de reincidencia como son guarderías, colegios, etc. Estos registros en algunos países son públicos lo que conlleva gran controversia social ya que dificulta la posibilidad de reinserción del delincuente sexual y por lo tanto dificulta también el que pueda mantener la estabilidad emocional necesaria para no reincidir en su conducta delictiva.

El control mediante pulsera electrónica para vigilar si se acercan a centros de gran afluencia de menores (colegios, parques, etc.) es otra esta medida también muy controvertida, tanto por el gasto económico como por su efectividad, ya que dependiendo en dónde viva el sujeto, su actividad estaría muy limitada. Además, si el sujeto quiere abusar o agredir sexualmente a un menor, seguramente buscará la forma de hacerlo.

La posibilidad de la cadena perpetua o el internamiento de por vida en un centro de tratamiento para este tipo de agresores es otra alternativa que también tiene sus partidarios y sus detractores. Lo que está claro es que la solución debe abordarse desde un punto de vista jurídico pero también desde un punto de vista terapéutico si se quieren conseguir resultados, y para ello es necesario que los diferentes profesionales implicados puedan opinar y aportar sus experiencias y conocimientos en el campo.

Por otro lado, y viendo la dificultad a la hora de controlar la reincidencia de este tipo de delincuentes y la gravedad de sus actos en la salud de los menores víctimas, sería necesario el desarrollo de programas de prevención del abuso sexual infantil dirigidos a padres, educadores y por supuesto a los propios niños para que sepan diferenciar lo que es una caricia normal de un acto abusivo y puedan dar una voz de alarma. Este tipo de programas junto con campañas de concienciación social, al igual que se han desarrollado en torno a la violencia de género, son necesarias no sólo para la prevención de este tipo de comportamientos sino también para que se pierda el miedo a la denuncia.

## AGRESORES SEXUALES MENORES DE EDAD

Otro tema preocupante es el gran número de agresores menores de edad y su tratamiento clínico y legal. En muchos casos nos encontramos con que estos agresores han sido a su vez víctimas de abusos y por lo tanto el abordaje terapéutico parece ser imprescindible. Además si es así, habría que considerar hasta qué punto se les puede considerar responsables de sus actuaciones o no. Este es un tema que por su gran complejidad merece un estudio más amplio que dejaremos para otra ocasión.

## BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association. (1994). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, DSM-IV*. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association. (2000). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.
- Blanchard, R., Lykins, A. D., Wherrett, D., Kuban, M. E., Cantor, J. M., Blak, T., et al. (2009). Pedophilia, Hebephilia and the DSM-V. *Archives of Sexual Behavior*, 38(3): 335-350.
- Cáceres, J. (2001). *Parafilias y violación*. Madrid: Síntesis.
- Cantón, J. y Cortés, M. R. (1999). *Malos tratos y abuso sexual infantil*. Madrid: Siglo Veintiuno de España.
- Cohen, L. J., Grebchenko, Y. F., Steinfeld, M., Frenda, S. J., y Galynker, II. (2008). Comparison of Personality Traits in Pedophiles, Abstinent Opiate Addicts, and Healthy Controls Considering Pedophilia as an Addictive Behavior. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 196(11): 829-837.
- Díaz-Maroto, J. y Suárez, C. (2000). *Código Penal y legislación complementaria*. Madrid: Civitas.
- Echeburúa, E. y Guerricaechevarría, C. (2000). *Abuso sexual en la infancia: víctimas y agresores. Un enfoque clínico*. Barcelona: Ariel.
- Echeburúa, E. et al. (1995). *Trastorno por estrés postraumático crónico en víctimas de agresiones sexuales*. La Coruña: Paideia.
- Lameiras, M. (coord.) (2002). *Abusos sexuales en la infancia: Abordaje psicológico y jurídico*. Madrid: Biblioteca Nueva.

- Navathe, S., Ward, T., & Gannon, T. (2008). Cognitive distortions in child sex offenders: an overview of theory, research & practice. *J Forensic Nurs*, 4(3): 111-122
- Noguerol, V. (2005). *Agresiones sexuales*. Madrid: Síntesis.
- Oliveiro, A. y Graziosi, B. (2004). *¿Qué es la pedofilia?* Barcelona: Paidós.
- Redondo, S. (1998). Perfil psicológico de los delincuentes sexuales En Echeburúa, E. *Personalidades violentas*. Madrid: Pirámide.
- Seto, M. C. (2009). Pedophilia. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5, 391-407.
- Soria, M. A. (Coord.) (2005). *Manual de psicología jurídica e investigación criminal*. Madrid: Pirámide.
- Stoleru, S. (2008). The brain, androgens, and pedophilia. *Hormones and Social Behavior*: 163-175.
- Urra, J. (2003). *Agresor sexual: Casos reales, Riesgo de reincidencia*. Madrid: EOS.
- Vázquez, B. (2007). *Manual de psicología forense*. Madrid: Síntesis.