

Nereida Bueno-Guerra
Universidad Pontificia Comillas

Laura Serranos-Minguela
Universidad Pontificia Comillas

Javier Gómez Lanz
Universidad Pontificia Comillas

¿Atenuación por pedofilia de la responsabilidad penal derivada de la comisión de delitos sexuales contra menores?

Análisis psicológico de su fundamentación en las resoluciones de la Sala 2ª del Tribunal Supremo

Sumario

-
La pedofilia es la atracción sexual hacia niños prepúberes; si bien no es un sinónimo de pederastia ni entraña la comisión de delitos sexuales, es usual que ambos fenómenos se confundan en referencias informales. Su caracterización clínica es debatida (puede interpretarse como trastorno parafilico, cronofilia o interés sexual atípico), pero su diagnóstico adquiere relevancia en la valoración de la imputabilidad de quien ha cometido un delito contra la libertad sexual de un menor de edad, pues se invoca para alegar una alteración de su capacidad. En este trabajo se analizan 29 sentencias españolas en las que tal diagnóstico conduce a estimar una atenuante o una eximente incompleta y se examinan los argumentos aducidos tanto cuando la pedofilia se diagnostica con otro trastorno como cuando concurre en exclusiva. En el primer grupo de casos, cuando la perturbación afecta también a la capacidad intelectual, determina en ocasiones la apreciación de una eximente incompleta. En el segundo grupo de casos, algunas sentencias, pese a estimar que la capacidad cognitiva se conserva, identifican una perturbación de la capacidad volitiva y aprecian una atenuante analógica. En el trabajo se discute el acierto de estas resoluciones a la luz de la psicología clínica y se exponen propuestas para abordar la pedofilia en el ámbito jurisprudencial y pericial de modo congruente con un enfoque preventivo y no promotor del estigma.

Abstract

-
Pedophilia is the sexual attraction to prepubescent children; although it is not a term synonymous with pederasty nor does it involve the commission of sexual offenses, it is common for both phenomena to be confused in informal references. While its characterization is debated—it may be interpreted as a paraphilic disorder, chronophilia, or atypical sexual interest—its diagnosis gains importance in the assessment of criminal responsibility for someone who has committed a sexual offense against a minor, as it is invoked as an argument to allege an alteration of capacity. This study analyzes 29 Spanish court rulings in which such a diagnosis leads to the estimation of a mitigating circumstance or an incomplete defense and examines the arguments presented both when pedophilia is diagnosed with another disorder and when it occurs exclusively. In the first group of cases, when the disturbance also affects intellectual capacity, it sometimes determines the recognition of an incomplete defense. In the second group of cases, despite estimating that cognitive capacity is preserved, some rulings find a disturbance of volitional capacity and accept a mitigating circumstance. The paper discusses the soundness of these decisions in light of clinical psychology and presents proposals for addressing pedophilia in the expert and jurisprudential field in a way that is consistent with a preventive approach and does not promote stigma.

Zusammenfassung

-
Pädophilie bezeichnet die sexuelle Anziehung zu vorpubertären Kindern. Auch wenn sie weder mit Päderastie gleichzusetzen ist noch notwendigerweise die Begehung von Sexualdelikten impliziert, werden beide Begriffe im allgemeinen Sprachgebrauch häufig miteinander verwechselt. Ihre klinische Einordnung ist umstritten – sie kann als paraphile Störung, Chronophilie oder atypisches

sexuelles Interesse interpretiert werden –, doch gewinnt ihre Diagnose besondere Bedeutung bei der strafrechtlichen Beurteilung der Schuldfähigkeit von Personen, die Sexualdelikte an Minderjährigen begangen haben. In solchen Fällen wird sie oftmals als Argument für eine eingeschränkte Einsichts- oder Steuerungsfähigkeit herangezogen. Die vorliegende Studie analysiert 29 spanische Urteile, in denen eine entsprechende Diagnose zur Anwendung eines Strafmilderungsgrundes oder einer verminderten Schuldfähigkeit geführt hat. Es werden sowohl Fälle untersucht, in denen Pädophilie zusammen mit einer weiteren Störung diagnostiziert wurde, als auch solche, in denen sie isoliert auftritt. Im ersten Fall kann eine kombinierte Störung, insbesondere wenn auch die intellektuelle Fähigkeit betroffen ist, zur Annahme einer erheblich verminderten Schuldfähigkeit führen. Im zweiten Fall erkennen einige Gerichte, obwohl sie eine erhaltene kognitive Fähigkeit bejahen, eine Störung der Steuerungsfähigkeit an und gewähren eine analoge Strafmilderung. Der Beitrag prüft die Tragfähigkeit dieser Entscheidungen im Lichte der klinischen Psychologie und unterbreitet Vorschläge für einen sachgerechten Umgang mit pädophilen Diagnosen im strafrechtlichen und gutachterlichen Kontext – unter Berücksichtigung eines präventiven Ansatzes, der zugleich eine Stigmatisierung vermeidet.

Title: *Mitigation of Criminal Responsibility for Pedophilia in the Commission of Sexual Offenses Against Minors? Clinical Analysis of Its Foundation in the Resolutions of the 2nd Chamber of the Supreme Court*

Titel: *Milderung der strafrechtlichen Verantwortlichkeit wegen Pädophilie bei der Begehung von Sexualdelikten an Minderjährigen? Klinische Analyse der Begründung in den Urteilen des 2. Strafsenats des spanischen Obersten Gerichtshofs.*

-

Palabras clave: Pedofilia, agresión sexual de menores, imputabilidad.

Keywords: *Pedophilia, child sexual abuse, criminal responsibility.*

Stichwörter: *Pädophilie, sexueller Kindesmissbrauch, Schuldfähigkeit*

-

DOI: 10.31009/InDret.2025.i2.04

-

Recepción
30/09/2024

Aceptación
14/02/2025

Índice

1. *Introducción*

- 1.1. El concepto de anomalía o alteración psíquica en el CP español
- 1.2. Formas clínicas de entender la pedofilia
 - a. La pedofilia como trastorno parafílico
 - b. La pedofilia como cronofilia
 - c. La pedofilia como interés sexual atípico
- 1.3. Pedofilia y atenuación de la responsabilidad penal

2. *Método*

3. *Resultados*

4. *Discusión*

- 4.1. Relevancia de la perspectiva mixta biológico-psicológica del Código Penal en la determinación de la pedofilia como posible causa de inimputabilidad o imputabilidad parcial
- 4.2. La afectación a la imputabilidad de los sujetos que padecen pedofilia adicional a otros trastornos y que han agredido sexualmente a menores
- 4.3. La afectación a la imputabilidad de los sujetos exclusivamente con pedofilia y que han agredido sexualmente a menores
- 4.4. Otros posibles trastornos que pueden afectar a la imputabilidad de los sujetos que agreden sexualmente a menores
- 4.5. Afectación a la imputabilidad cuando los intereses pedófilos se hallan circunscritos a una causa orgánica
- 4.6. La relevancia de la prueba pericial en la resolución sobre la imputabilidad de sujetos con pedofilia que agreden sexualmente a menores
 - a. Dificultades periciales en la evaluación del diagnóstico de la pedofilia
 - b. Dificultades periciales en la valoración de la imputabilidad en sujetos con pedofilia
- 4.7. Limitaciones del presente estudio

5. *Conclusiones*

6. *Bibliografía*

7. *Anexos*

- 7.1. Afectación a la imputabilidad cuando los intereses pedófilos se hallan circunscritos a una causa orgánica
- 7.2. Variables empleadas en la codificación de las sentencias
- 7.3. Características penales relevantes respecto de la imputabilidad a la luz de tres perspectivas clínicas de consideración de la pedofilia

Este trabajo se publica con una licencia Creative Commons Reconocimiento-No Comercial 4.0 Internacional 

1. Introducción*

La violencia sexual contra la infancia es una de las formas más graves de violencia hacia los menores por las consecuencias que causa a la víctima, tanto a corto como a largo plazo¹. El estudio elaborado en 2021 por LORENTE ACOSTA para el Observatorio contra la Violencia Doméstica y de Género concluye a este respecto que ocho de cada diez menores presentan consecuencias psicológicas, en su mayoría graves, como resultado de la violencia sexual sufrida².

La detección y prevención de este delito –ya de por sí complejas, dada su frecuente comisión en el entorno familiar y su bajo índice de revelación por las dificultades emocionales y traumáticas que entraña para el superviviente³– se ven, además, dificultadas por la existencia de varios mitos. Uno de los más comunes es el de que los agresores padecen algún tipo de trastorno mental, afirmación que la mayoría de las investigaciones desmiente⁴. Existe la falsa creencia de que los agresores sexuales de menores son «perturbados mentales» o «enfermos psiquiátricos», cuando lo cierto es que no hay un perfil común, sino que se trata de un grupo de personas muy heterogéneo que no siempre han recibido un diagnóstico de trastorno psicológico⁵.

Aunque las investigaciones muestran que entre un tercio⁶ y la mitad⁷ de los agresores sexuales de menores no son pedófilos, la asociación –o incluso la confusión– entre la pedofilia y la pederastia constituye otro de esos mitos y uno particularmente difícil de combatir. Es cierto que la existencia de un diagnóstico de pedofilia certero en un individuo que ha agredido sexualmente se considera un factor de riesgo para una reincidencia futura⁸, pero esto no implica que todas las personas con pedofilia hayan agredido sexualmente a un menor o que quienes hayan perpetrado este delito tengan pedofilia. Ahora bien, la existencia en los últimos veinticinco años de varias sentencias en las que los tribunales españoles han basado en la pedofilia del agresor sexual de un menor una atenuación de su responsabilidad penal puede dar lugar a un cambio en la interpretación de la coexistencia entre pedofilia y pederastia: en vez de ocultarse con el fin de

* Autor de contacto: Javier Gómez Lanz (jglanz@comillas.edu). Agradecemos las sugerencias y comentarios de nuestro compañero, el Dr. Oscar Herrero Mejías, quien revisó versiones preliminares de este trabajo.

¹ CABRERA MARTÍN, *La victimización sexual de menores en el código penal español y en la política criminal internacional*, 2019, pp. 23 ss.; SAVE THE CHILDREN, *Los abusos sexuales hacia la infancia en España*, 2021, pp. 2 ss.

² LORENTE ACOSTA, *Estudio médico-legal de las sentencias por delitos contra la libertad y la indemnidad sexual*, 2021, pp. 16 ss.

³ CABRERA MARTÍN, «Fenomenología de la victimización sexual infantil», en MEANA PEÓN/MARTÍNEZ GARCÍA (dirs.), *Dignidad y equidad amenazadas en la sociedad contemporánea*, 2022, pp. 346 ss.

⁴ ECHEBURÚA/GUERRICAECHEVARRÍA, *Abuso sexual en la infancia. Nuevas perspectivas clínicas y forenses*, 2021, pp. 33 ss.; LÓPEZ SÁNCHEZ, *Abusos sexuales a menores: lo que recuerdan de mayores*, 1994, pp. 16 ss.; y SAVE THE CHILDREN, *Ojos que no quieren ver*, 2017, pp. 11 ss.

⁵ CROMER/GOLDSMITH, «Socio-cultural issues and child sexual abuse: Child sexual abuse myths: Attitudes, beliefs, and individual differences», *Journal of Child Sexual Abuse*, (19-6), 2010, pp. 618 ss.; LÓPEZ SÁNCHEZ, *Abusos sexuales a menores: lo que recuerdan de mayores*, 1994, pp. 19 ss.; MARCO FRANCIA, *El agresor sexual de menores: aspectos penales y criminológicos*, 2024, pp. 29 ss. y SAVE THE CHILDREN, *Ojos que no quieren ver*, 2017, pp. 11 ss.

⁶ EHER/RETTEBERGER/TURNER, «The prevalence of mental disorders in incarcerated contact sexual offenders», *Acta Psychiatrica Scandinavica*, (139-6), 2019, pp. 572 ss.

⁷ GERWINN *et al.*, «Clinical characteristics associated with paedophilia and child sex offending - Differentiating sexual preference from offence status», *European Psychiatry*, (51), 2018, pp. 74 ss.; SETO, «Pedophilia», *Annual Review of Clinical Psychology*, (5-1), 2009, pp. 391 ss.

⁸ HANSON/MORTON-BOURGON, «The characteristics of persistent sexual offenders: A meta-analysis of recidivism studies», *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, (73-6), 2005, pp. 1154 ss.

evitar un cuestionamiento sobre la peligrosidad del individuo, puede perseguirse su diagnóstico para buscar una disminución de la condena. Esta situación permite, por una parte, cuestionarse si los mitos que entrecruzan la pedofilia, el trastorno mental y la agresión sexual infantil se han extendido también al ámbito judicial y justifica, por otra, examinar en qué medida un diagnóstico de pedofilia puede repercutir en la modulación de la responsabilidad criminal. Este es, precisamente, el objetivo del presente trabajo.

La pedofilia puede entenderse como la atracción sexual e intensa hacia niños prepúberes⁹ que aparece como un trastorno descrito en los manuales de diagnóstico más empleados en psicología y psiquiatría: el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM, elaborado por la Asociación Americana de Psiquiatría) y la *Clasificación Internacional de Enfermedades* (CIE, elaborado por la Organización Mundial de la Salud). La pederastia, en cambio, alude al acto sexual que se comete contra un menor, conducta que se tipifica como delito en el Capítulo II del Título VIII del Código Penal español (CP)¹⁰.

Es cierto que la pedofilia constituye un factor de riesgo para la pederastia o abuso sexual infantil¹¹ y que existe relación entre la pedofilia, el abuso sexual de menores y el consumo de pornografía infantil¹², pero ello no significa que se trate de nociones equiparables¹³. La confusión entre estos conceptos, usual tanto entre profesionales como en la población general, provoca la estigmatización de las personas con pedofilia que no han cometido ningún delito y que se comprometen a no llevarlo a cabo porque entienden las graves consecuencias que tendría hacerlo: los denominados pedófilos virtuosos¹⁴.

El estigma puede, de hecho, incrementar el riesgo de que ejecuten finalmente el delito al disuadirles de buscar ayuda por miedo al rechazo social¹⁵. De ahí la importancia de desterrar este

⁹ SETO, *Annual Review of Clinical Psychology*, (5-1), 2009, pp. 391 ss.; EL MISMO, «Is Pedophilia a Sexual Orientation?», *Archives of Sexual Behavior*, (41-1), 2011, pp. 231 ss.; EL MISMO, «The Puzzle of Male Chronophilias», *Archives of Sexual Behavior*, (46-1), 2017, pp. 3 ss.; EL MISMO, *Pedophilia and sexual offending against children: theory, assessment and intervention*, 2ª ed., 2018, p. 9.

¹⁰ El texto del Código Penal español que se toma como referencia en este trabajo es el posterior a la reforma operada por la Ley Orgánica 4/2023, de 16 de abril, al ser el vigente en el momento de la investigación. Esta modificación no afecta a la eliminación de la diferenciación entre agresión y abuso sexual que fue incorporada mediante la Ley Orgánica 10/2022, de 6 de septiembre, conforme a la cual todo acto de carácter sexual con un menor de 16 años se caracteriza legalmente como agresión sexual.

¹¹ Dada su supresión del CP, la expresión «abuso sexual» no se empleará a lo largo del trabajo en un sentido técnico-legal. Para hacer referencia al tipo delictivo se empleará la expresión «agresión sexual».

¹² El término «imágenes abusivas de menores» es propuesto por diversos autores como alternativa al concepto penal de «pornografía infantil», para evitar su equiparación a la pornografía adulta. Se parte de la base de que en la pornografía adulta los participantes son actores adultos y su distribución es lícita, mientras que en el caso de menores son registros de una agresión sexual a menores, constitutiva de delito. En el resto del texto se empleará la denominación «imágenes abusivas de menores» salvo cuando se haga referencia al tipo delictivo, caso en el que se empleará la expresión «pornografía infantil», tal como aparece en el art. 189 del CP. Cfr. CABRERA MARTÍN, «La pornografía infantil como especie de la pornografía en general», *Cuadernos de política criminal*, (121), 2017, pp. 203 ss.

¹³ HERRERO MEJÍAS, *Agresores sexuales: teoría, evaluación y tratamiento*, 2018, p. 57.

¹⁴ WALKER, *A Long, Dark Shadow. Minor-Attracted People and Their Pursuit of Dignity*, 2021, pp. 3 ss.

¹⁵ JAHNKE, «Emotions and Cognitions Associated with the Stigma of Non-Offending Pedophilia: A Vignette Experiment», *Archives of Sexual Behavior*, (47-2), 2018, pp. 363 ss.; LA MISMA, «The Stigma of Pedophilia: Clinical and Forensic Implications», *European Psychologist*, (23-2), 2018, pp. 144 ss.; NIELSEN/AASKOV/LARSEN, «When virtuous paedophiles meet online: A sociological study of a paedophile community», *Sexualities*, (25-5/6), 2022, pp. 598 ss.; STEVENS/WOOD, «“I Despise Myself for Thinking about Them.” A Thematic Analysis of the Mental Health Implications and Employed Coping Mechanisms of Self-Reported Non-Offending Minor Attracted Persons», *Journal of Child Sexual Abuse*, (28-8), 2019, pp. 968 ss.

mito para su correcta detección y prevención¹⁶ y, especialmente, para planificar una aproximación específica al problema según las características concretas del individuo.

Las personas que abusan de menores o que visualizan imágenes abusivas de menores conforman un grupo heterogéneo con variedad de rasgos y motivaciones¹⁷. Así, puede haber agresores sexuales de menores con y sin pedofilia, al igual que puede haber personas con pedofilia que cometan o no pederastia¹⁸. El deseo de cometer actos sexuales con menores no implica necesariamente el paso a la acción¹⁹, al igual que puede haber actos pederastas debidos a factores distintos de la pedofilia²⁰ como la frustración sexual con personas adultas, la hipersexualidad, el oportunismo, la desinhibición como resultado del consumo de sustancias, la baja autoestima o los sentimientos de soledad²¹. Del mismo modo, puede haber personas con pedofilia que usen imágenes abusivas de menores, pero también personas que no padecen pedofilia y acceden a estos materiales²².

Los sujetos que realizan conductas sexuales que afectan a menores presentan, pues, una diversidad que obliga a evitar generalizaciones. En particular, dada la relevancia que un diagnóstico psicológico puede tener a la hora de dictar sentencia²³, esa disparidad determina la necesidad de examinar cuidadosamente si el autor de un delito contra la libertad sexual de un menor lo ejecutó conservando intacta su capacidad intelectual y volitiva. La publicación de las sentencias a las que antes se ha hecho mención evidencia la posibilidad de que, tal como ocurre con ciertos trastornos asociados a la conducta sexual²⁴, los diagnósticos de pedofilia estén siendo objeto de consideración a efectos de modular la responsabilidad penal del agresor en atención a una supuesta perturbación de sus funciones psíquicas. Esto es, pese a que en el ámbito de la psicología no existe consenso respecto a la definición de la pedofilia ni a su consideración o no como trastorno²⁵, se está equiparando la pedofilia con una anomalía psíquica susceptible de atenuar la responsabilidad penal.

¹⁶ GÓMEZ-DURÁN *et al.*, «Preventing child sexual abuse from the offenders' side: Prevention Dunkelfeld Project», *Revista Española de Medicina Legal y Forense*, (45-2), 2019, pp. 83 s.; JAHNKE, *European Psychologist*, (23-2), 2018, pp. 144 ss.; WALKER, *A Long, Dark Shadow*, 2021, pp. 6 ss.

¹⁷ HERRERO MEJÍAS, *Agresores sexuales*, 2018, pp. 56 ss.

¹⁸ GERWINN *et al.*, *European Psychiatry*, (51), 2018, pp. 74 ss.; SETO, *Annual Review of Clinical Psychology*, (5-1), 2009, pp. 391 ss.; EL MISMO, *Pedophilia and sexual offending against children*, 2018, p. 13.

¹⁹ JAHNKE, *European Psychologist*, (23-2), 2018, pp. 144 ss.

²⁰ GANNON, «A compositional explanatory theory of pedophilia», *Aggression and Violent Behavior*, (61), 2021, pp. 1 ss.; KRUEGER *et al.*, «Proposals for Paraphilic Disorders in the International Classification of Diseases and Related Health Problems, Eleventh Revision (ICD-11)», *Archives of Sexual Behavior*, (46-5), 2017, pp. 1529 ss.

²¹ HERRERO MEJÍAS, *Agresores sexuales*, 2018, pp. 61 ss.; KRUEGER *et al.*, *Archives of Sexual Behavior*, (46-5), 2017, pp. 1529 ss.; SETO, *Annual Review of Clinical Psychology*, (5-1), 2009, pp. 391 ss.; EL MISMO, *Pedophilia and sexual offending against children*, 2018, pp. 92 ss.

²² HERRERO MEJÍAS, *Agresores sexuales*, 2018, p. 61.

²³ DE BLOCK/ADRIAENS, «Pathologizing Sexual Deviance: A History», *Journal of Sex Research*, (50-3/4), 2013, pp. 276 ss.; MOSER, «When Is an Unusual Sexual Interest a Mental Disorder?», *Archives of Sexual Behavior*, (38-3), 2009, pp. 323 ss.; MOSER/KLEINPLATZ, «El DSM-IV y las Parafilias: Un argumento para su retirada», *Archivos Hispanoamericanos de Sexología*, (12-2), 2006, pp. 217 ss.

²⁴ DE BLOCK/ADRIAENS, *Journal of Sex Research*, (50-3/4), 2013, pp. 276 ss.; MOSER, *Archives of Sexual Behavior*, (38-3), 2009, pp. 323 ss.; MOSER/KLEINPLATZ, *Archivos Hispanoamericanos de Sexología*, (12-2), 2006, pp. 217 ss.; LOS MISMOS, «Conceptualization, History, and Future of the Paraphilias», *Annual Review of Clinical Psychology*, (16-1), 2020, pp. 81 ss.

²⁵ GANNON, *Aggression and Violent Behavior*, (61), 2021, pp. 1 ss.

Si bien es indudable que las aportaciones de la psicología y de la psiquiatría son imprescindibles para garantizar una aplicación cabal de la ley penal en este ámbito²⁶, la noción de imputabilidad es objeto de una caracterización legal implícita en el art. 20 CP a la que es imperativo atender. Conforme a ella, es imputable el sujeto que goza de capacidad de comprender la ilicitud de su actuación y capacidad de actuar conforme a esa comprensión²⁷. La imputabilidad presupone, pues, que el sujeto goza de capacidad intelectual y volitiva suficiente, situación, no obstante, compatible con la presencia de niveles distintos de capacidad. Cuando, aun alcanzando el umbral mínimo de capacidad suficiente, el sujeto sufre un déficit de facultades respecto a lo que cabe considerar «normal», el CP, en atención a esa imputabilidad disminuida, permite reducir la entidad de la sanción penal. Solo si la capacidad del sujeto se encuentra tan perturbada que le impide comprender la significación de sus actos o adaptar su voluntad a esa comprensión, cabe afirmar su inimputabilidad y la consiguiente exención de responsabilidad penal.

La primera de las causas de inimputabilidad que recoge el CP en el art. 20.1. está ligada a la presencia, al tiempo de cometer la infracción penal, de cualquier anomalía o alteración psíquica que impida la comprensión de la ilicitud del hecho o la actuación conforme a dicha comprensión. Acude así el CP a un criterio mixto biológico-psicológico, pues no solo basta con la existencia de una patología mental de base biológica, sino que ésta debe haber perturbado plenamente la capacidad cognitiva y/o volitiva del sujeto en el momento de cometer el hecho²⁸. Cuando esa perturbación no reúne las características para poder ser calificada como plena, el CP determina la atenuación de la responsabilidad penal del reo en atención a la intensidad de la perturbación: la jurisprudencia reserva la eximente incompleta del art. 21.1 CP, en relación con el art. 20.1 CP para las perturbaciones moderadas y la atenuante analógica del art. 21.7 CP en relación con los arts. 21.1 CP y 20.1 CP para las perturbaciones leves²⁹.

Estas son las vías a través de la que el diagnóstico de pedofilia puede cobrar relevancia en los delitos contra la libertad sexual de los menores. Ahora bien, según lo indicado, será preciso poder afirmar su naturaleza de «anomalía psíquica» o «alteración psíquica» y verificar adicionalmente que, al momento de ejecutar la acción, perturbaba la capacidad intelectual y/o volitiva del sujeto.

Por tanto, el núcleo de este trabajo consiste, como se ha anticipado, en el examen de las sentencias españolas que han erigido una decisión de atenuación de la responsabilidad penal sobre un diagnóstico de pedofilia, a fin de evaluar los argumentos aducidos a partir de la investigación psicológica contemporánea sobre esta cuestión. Para ello, resulta pertinente de

²⁶ CASANUEVA SANZ, «Los trastornos mentales y sus efectos en la responsabilidad penal. El juego patológico», en GIL NOBAJAS/GÓMEZ LANZ (dirs.), *El sistema penal y los objetivos de desarrollo sostenible de la Agenda 2030*, 2023, p. 63; MARTÍNEZ GARAY, *La imputabilidad penal*, 2005, pp. 301 ss.; SÁNCHEZ VILANOVA, *Neuroimputabilidad*, 2019, p. 193; URRUELA MORA, *Imputabilidad penal y anomalía o alteración psíquica*, 2004, pp. 193 ss.

²⁷ CASANUEVA SANZ, en GIL NOBAJAS/GÓMEZ LANZ (dirs.), *El sistema penal y los objetivos de desarrollo sostenible de la Agenda 2030*, 2023, pp. 64 ss.; MIR PUIG, *Derecho Penal. Parte General*, 10ª ed., 2015, p. 581; MUÑOZ CONDE, *Derecho Penal. Parte General*, 11ª ed., 2022, p. 336; ORTS BERENQUER/GONZÁLEZ CUSSAC, *Compendio de Derecho Penal. Parte General*, 10ª ed., 2023, p. 350; URRUELA MORA, *Imputabilidad penal y anomalía o alteración psíquica*, 2004, pp. 177 ss. MARTÍNEZ GARAY, *La imputabilidad penal*, 2005, pp. 55 ss. describe en estos términos el concepto legal de imputabilidad, si bien postula (*op. cit.*, p. 365) una noción diversa fundada en la noción de exigibilidad de conducta adecuada a Derecho y no en la de capacidad.

²⁸ MIR PUIG, *Derecho Penal. Parte General*, 10ª ed., 2015, pp. 587 ss.; MUÑOZ CONDE, *Derecho Penal. Parte General*, 11ª ed., 2022, p. 341; URRUELA MORA, *Imputabilidad penal y anomalía o alteración psíquica*, 2004, p. 178; ZUGALDÍA ESPINAR, «La culpabilidad», en MORENO-TORRES HERRERA (dir.), *Lecciones de Derecho penal. Parte General*, 6ª ed., 2022, p. 194.

²⁹ OBREGÓN GARCÍA/GÓMEZ LANZ, *Derecho Penal. Parte General: Elementos básicos de teoría del delito*, 3ª ed., 2023, p. 144.

modo previo aclarar brevemente cómo regula el CP español la afectación a la imputabilidad derivada de una anomalía o alteración psíquica y, posteriormente, cuál es el estado de la cuestión en la discusión clínica sobre la conceptualización de la pedofilia.

1.1. El concepto de anomalía o alteración psíquica en el CP español

Como ya se ha anticipado, el CP español define la anomalía o alteración psíquica en el art. 20.1 a partir de un criterio mixto biológico-psicológico: debe existir una patología mental de base biológica y un efecto psicológico significativo (usualmente descrito como «perturbación») sobre la capacidad cognitiva y/o volitiva del sujeto.

Cuando la patología tiene carácter permanente (o, cuando menos, perdurable), estos dos son los únicos requisitos que deben satisfacerse para su apreciación. El CP, no obstante, reconoce también –mediante la figura del trastorno mental transitorio (TMT)– efectos a las alteraciones que afectan de igual forma a la capacidad cognitiva y volitiva, pero son de carácter temporal³⁰. Lo que caracteriza al TMT es su fugacidad, la alteración de la capacidad por tiempo limitado y sin dejar secuelas tras su cese. Aunque el requisito relativo a la intensidad de la perturbación no difiere del demandado para la anomalía permanente, la doctrina y la jurisprudencia han amortiguado la exigencia de la naturaleza biológica de la causa del TMT y admiten orígenes tanto en causas externas –estar atravesando una situación personal especialmente difícil³¹– como internas –«la exacerbación repentina de una enfermedad mental subyacente»³²–. Sin embargo, tanto esta amplitud de posibles causas que originan el TMT como el carácter transitorio del trastorno determinan que en esta eximente se aplique una versión de la doctrina de las *actiones liberæ in causa* a fin de evitar que se ampare en ella un sujeto que provoca voluntariamente la situación de TMT en la que comete una acción típica. De este modo, no se atribuyen efectos jurídicos al TMT cuando el sujeto provoca este último para cometer el delito, tampoco cuando, sin buscarlo a propósito, prevé anteriormente que en ese estado podría llegar a cometerlo ni cuando, sin provocar el TMT para cometer el delito ni prever con anterioridad la comisión de éste, tenía el deber de prever que en tal estado podía llegar a cometerlo³³.

A efectos de concretar los supuestos incardinables en el concepto de anomalía o alteración psíquica duradera, la jurisprudencia y la doctrina penales suelen recurrir a los términos de la clasificación psiquiátrica tradicional, que no siempre se ajustan a los que emplean actualmente los profesionales de la psicología y la psiquiatría de acuerdo con las últimas versiones de los manuales DSM o CIE. Así, los casos más frecuentemente identificados por los tribunales son las psicosis, las neurosis y las oligofrenias y demencias. No obstante, la expresión «cualquier anomalía o alteración psíquica» es tan laxa que permite acoger toda clase de patología, cualesquiera que sean sus características y su origen, siempre y cuando impida comprender la ilicitud del hecho o dirigir la voluntad de acuerdo con esa comprensión.

Esta apertura ha provocado discusiones doctrinales y jurisprudenciales sobre la legitimidad de extender el tenor legal a anomalías o alteraciones psíquicas ajenas a la citada clasificación

³⁰ MIR PUIG, *Derecho Penal. Parte General*, 10ª ed., 2015, pp. 601 ss.; DE VICENTE MARTÍNEZ, *Vademécum de Derecho Penal*, 6ª ed., 2021, pp. 360-361; ZUGALDÍA ESPINAR, en MORENO-TORRES HERRERA (dir.), *Lecciones de Derecho penal*, 6ª ed., 2022, p. 199.

³¹ MIR PUIG, *Derecho Penal. Parte General*, 10ª ed., 2015, p. 604.

³² DE VICENTE MARTÍNEZ, *Vademécum de Derecho Penal*, 6ª ed., 2021, p. 383.

³³ OBREGÓN GARCÍA/GÓMEZ LANZ, *Derecho Penal. Parte General*, 3ª ed., 2023, pp. 146 ss.

tradicional. El caso paradigmático es el de la psicopatía, un trastorno tradicionalmente asociado a delitos contra la vida³⁴. Durante largo tiempo, el diagnóstico de psicopatía no se consideró argumento suficiente para atenuar la responsabilidad penal del reo en la convicción de que no afectaba a su capacidad intelectual y volitiva; sin embargo, en tiempos relativamente recientes algunas sentencias han apreciado en estos casos atenuantes analógicas o eximentes incompletas ligadas por lo general a una supuesta perturbación de la capacidad volitiva³⁵. Estas discrepancias en su tratamiento judicial son resultado tanto de la disputa respecto a la conceptualización de la psicopatía en el ámbito de la psicología y la psiquiatría³⁶, como de la frecuente consideración indistinta de la «psicopatía» y el «trastorno de la personalidad» por la jurisprudencia³⁷.

Parece indudable que la controversia acerca de la posibilidad de considerar la pedofilia como un factor de disminución o, incluso, de exclusión de la imputabilidad del reo replica algunos de los rasgos que caracterizan el debate sobre la psicopatía. Uno de ellos –de singular importancia– es la falta de consenso científico acerca de su definición y de su repercusión en las funciones psicológicas del sujeto. Ello no sólo justifica, sino que aconseja abordar en un primer momento las formas clínicas de entender la pedofilia desde el punto de vista de la psicología, para examinar su posible afectación sobre las capacidades cognitivas y volitivas.

1.2. Formas clínicas de entender la pedofilia

Como se ha explicado previamente, para comenzar la discusión clínica respecto de la pedofilia, es necesario en primer lugar realizar un apunte terminológico. En el argot clínico castellano los conceptos pederastia y pedofilia no designan una misma entidad y, por tanto, no deben emplearse como sinónimos. Por una parte, «pederastia» hace referencia a la ejecución de un acto de agresión sexual hacia un menor, lo cual no implica necesariamente una inclinación sexual hacia los menores por parte del sujeto que realiza la acción típica; por otra parte, «pedofilia» designa la atracción sexual por menores, la cual no implica necesariamente la comisión de la agresión sexual por parte del sujeto con tal interés sexual. Esta distinción da lugar a un abanico amplio de opciones, en el que se encontrarán sujetos con pedofilia no pederastas, sujetos pederastas sin pedofilia y sujetos pederastas con pedofilia, siendo estos últimos respecto de los que cabe preguntarse por la posibilidad de apreciar una disminución o exclusión de su imputabilidad, dado que en ellos se presenta de forma simultánea la realización de un acto típico

³⁴ DUJO LÓPEZ/HORCAJO GIL, «La psicopatía en la actualidad: abordaje clínico-legal y repercusiones forenses en el ámbito penal», *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, (17-1), 2017, pp. 77 ss.

³⁵ DUJO LÓPEZ/HORCAJO GIL, *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, (17-1), 2017, pp. 77 ss.; GÓMEZ LANZ/HALTY BARRUTIETA, «Impacto del avance de las neurociencias en la imputabilidad jurídico-penal del sujeto psicópata», *Derecho y Salud*, (26 extraord.), 2016, p. 88; MELO REGHELIN *et al.*, *Psicopatías e imputabilidad. Un análisis sobre la peligrosidad criminal y los delitos sexuales*, 2016, pp. 79 ss.; POZUECO ROMERO *et al.*, «Psicopatía, violencia y criminalidad: un análisis psicológico-forense, psiquiátrico-legal y criminológico (Parte II)», *Cuadernos de Medicina Forense*, (17-4), 2011, pp. 175 ss.; REQUEJO CONDE, «Tratamiento de la psicopatía en la jurisprudencia penal española. El camino hacia un nuevo enfoque de la imputabilidad penal», *Revista General de Derecho Penal*, (27), 2017, pp. 25 ss.; SÁNCHEZ GARRIDO, *Delincuencia habitual, psicopatía y responsabilidad penal*, 2019, pp. 144 ss. y SÁNCHEZ VILANOVA, *Neuroimputabilidad*, 2019, pp. 265 ss.

³⁶ GÓMEZ LANZ/HALTY BARRUTIETA, *Derecho y Salud*, (26 extr.), 2016, p. 86; MELO REGHELIN *et al.*, *Psicopatías e imputabilidad*, 2016, pp. 85 ss.; POZUECO ROMERO *et al.*, *Cuadernos de Medicina Forense*, (17-4), 2011, pp. 175 ss.; y SÁNCHEZ VILANOVA, *Neuroimputabilidad*, 2019, p. 363.

³⁷ LORENZO GARCÍA/AGUSTINA, «Sobre el confuso concepto de psicopatía en la jurisprudencia del Tribunal Supremo español: una revisión crítica ante los nuevos retos del Derecho penal de la peligrosidad», *Política Criminal*, (11-21), 2016, p. 71; LORENZO GARCÍA *et al.*, «Trastornos de la personalidad en la jurisprudencia española», *Revista Española de Medicina Legal*, (42-2), 2016, pp. 62 ss.; REQUEJO CONDE, *Revista General de Derecho Penal*, (27), 2017, p. 3., y SÁNCHEZ VILANOVA, *Neuroimputabilidad*, 2019, pp. 363 ss.

y la constancia de un diagnóstico clínico. Ahora bien, como se muestra a continuación, en la disciplina psicológica conviven tres perspectivas diferentes, y no siempre conciliadas, respecto de la conceptualización de la pedofilia y, por tanto, respecto de las implicaciones a nivel cognitivo y volitivo del sujeto sobre el que recae el diagnóstico. Si bien podría parecer que, dada su inclusión en los principales manuales diagnósticos, la primera de estas posiciones cuenta con un amplio respaldo entre la literatura y ocupa un lugar cuasi-institucional, lo cierto es que su incorporación a dichos manuales fue objeto de un enconado debate y dentro de la doctrina existen posturas muy relevantes que desde un primer momento han abogado por su reforma. En este sentido, las concepciones presentadas en segundo y tercer lugar pueden tener una menor repercusión «oficial» debido a su oposición al canon establecido en los manuales; sin embargo, están suficientemente fundadas científicamente y constituyen la base de la actuación de las principales asociaciones y programas de atención dedicados al tratamiento de las personas que padecen pedofilia (eg., *Help Wanted Prevention Project*, *Prevention Project Dunkelfeld*, *B4U-Act*).

Es por tanto prioritario conocerlas con carácter previo a cualquier análisis de las sentencias en las que este diagnóstico se ha esgrimido como factor de alteración de la imputabilidad del sujeto.

a. *La pedofilia como trastorno parafilico*³⁸

El DSM-5 distingue entre parafilia y trastorno parafilico. En concreto, define las parafilias como «cualquier interés sexual intenso y persistente distinto del interés sexual por la estimulación genital o las caricias preliminares dentro de relaciones humanas consentidas y con parejas físicamente maduras y fenotípicamente normales»³⁹. De esta definición se deduce que la pedofilia no es una parafilia en tanto que el sujeto menor de edad no puede prestar consentimiento veraz en la relación con un adulto debido a su inmadurez y que su físico tampoco ha alcanzado un estadio de desarrollo adulto.

Si bien el DMS-5 admite que las parafilias son frecuentes, especifica que deben considerarse como trastornos parafilicos cuando causan «malestar al sujeto que las padece» o implican un «perjuicio personal o riesgo de daño a terceros»⁴⁰. Por tanto, el DSM-5 admite que las parafilias en sí mismas no son patológicas, sino simples intereses sexuales alejados de lo común, y que estas dos condiciones, a saber, el malestar personal y el perjuicio o riesgo a terceros, son necesarias, aunque no suficientes, como se verá a continuación, para empezar a plantear un diagnóstico de trastorno parafilico⁴¹.

En el caso que nos ocupa, dado que la atracción sexual hacia menores, en caso de materializarse en actos, dañaría a terceros, se podría hablar de la posibilidad de que la pedofilia se considerara un trastorno parafilico cuando se asocia a la comisión del acto típico. No obstante, cabe destacar

³⁸ En la medida en que se trata de la concepción recogida en los principales manuales de diagnóstico, su recepción en el ámbito jurídico-penal es prevalente; a tal efecto, *vid.*, por todos, la reciente contribución de MARCO FRANCIA, *El agresor sexual de menores: aspectos penales y criminológicos*, 2024, pp. 91 ss.

³⁹ ASOCIACIÓN AMERICANA DE PSIQUIATRÍA, *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5*, 5ª ed., 2014, p. 685.

⁴⁰ ASOCIACIÓN AMERICANA DE PSIQUIATRÍA, *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5*, 5ª ed., 2014, p. 685.

⁴¹ ASOCIACIÓN AMERICANA DE PSIQUIATRÍA, *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5*, 5ª ed., 2014, p. 685; LA MISMA, *Paraphilic Disorders*, 2013 [Disponible en: https://www.psychiatry.org/FileLibrary/Psychiatrists/Practice/DSM/APA_DSM-5-Paraphilic-Disorders.pdf]; DE BLOCK/ADRIAENS, *Journal of Sex Research*, (50-3/4), 2013, pp. 276 ss.

que la mayoría de la literatura considera que, si se restringe la definición de parafilia al contexto del interés sexual, es decir, evaluando exclusivamente la persistencia e intensidad de tal interés y no su ejecución ni las consecuencias derivadas de la misma, la pedofilia podría cursar tanto como parafilia (si el sujeto no experimenta malestar) como trastorno parafilico (si el sujeto experimenta malestar).

Ahora bien, continuando con el manual oficial más empleado, dentro del apartado de trastornos parafilicos, el DSM-5 diferencia entre aquellos basados en preferencias de actividad anómalas y los basados en preferencias de objetivo anómalas. Los primeros se subdividen a su vez en trastornos del cortejo (esto es, trastorno de *voyeurismo*, de exhibicionismo y de *frotteurismo*) y trastornos algolágnicos (esto es, aquellos que implican dolor y sufrimiento, como el trastorno de masoquismo sexual y el de sadismo sexual). Por su parte, los trastornos de preferencias de objetivo anómalas incluirían el trastorno de pedofilia (orientado a otras personas) y el de fetichismo y travestismo (orientado a otros elementos, generalmente inanimados)⁴².

En el caso concreto de la pedofilia, al igual que el DSM-5 distingue entre parafilias y trastornos parafilicos, también distingue entre pedofilia y trastorno de pedofilia (F65.4). Los criterios diagnósticos de este último han sufrido múltiples variaciones a lo largo del tiempo⁴³, pero la versión actual entiende que es necesario que «la persona haya sentido, durante al menos seis meses, una excitación sexual intensa y recurrente hacia menores, manifestada en forma de fantasías, deseos sexuales irrefrenables o comportamientos que han sido puestos en acción o que causan grave malestar»⁴⁴. En esta definición, la conjunción disyuntiva final es determinante para el diagnóstico y su valoración en el ejercicio forense, dado que estaría dando cabida tanto a sujetos que no han cometido una acción típica contra la libertad sexual de un menor y vivencian su atracción sexual hacia ellos de manera individual (por ejemplo, a través de fantasías o masturbación) como a sujetos que se sienten atraídos por menores y además cometen la acción típica, agrediendo sexualmente a un menor.

Por su parte, el manual de referencia europeo, la CIE-11, incluye el trastorno de pedofilia (6D32) dentro del apartado de trastornos parafilicos, integrando a su vez a todos ellos en el capítulo dedicado a los trastornos mentales, del comportamiento y del neurodesarrollo. La CIE-11 proporciona una definición de este trastorno similar a la del DSM-5: «patrón sostenido, focalizado e intenso de excitación sexual, que se manifiesta con pensamientos, fantasías, deseos intensos o conductas sexuales persistentes que involucran a niños o niñas prepúberes»⁴⁵. Nuevamente, la conjunción disyuntiva final permite incluir tanto a individuos que han realizado la acción típica como a individuos que no han exteriorizado su deseo interno. En la Tabla 1 puede verse una comparativa de los criterios diagnósticos del trastorno de pedofilia según ambos manuales.

⁴² ASOCIACIÓN AMERICANA DE PSIQUIATRÍA, *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5*, 5ª ed., 2014, p. 685.

⁴³ MALÓN, «Pedophilia: A Diagnosis in Search of a Disorder», *Archives of Sexual Behavior*, (41-5), 2012, pp. 1083 ss.

⁴⁴ ASOCIACIÓN AMERICANA DE PSIQUIATRÍA, *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5*, 5ª ed., 2014, p. 685.

⁴⁵ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, *Clasificación Internacional de Enfermedades*, 11ª ed., 2023, p. 615.

Tabla 1

Comparativa de los criterios diagnósticos del trastorno de pedofilia según el DSM-5 y la CIE-11

	DSM-5	CIE-11
Duración	> 6 meses	No especificado
Edad del sujeto	> 16 años	No especificado
Edad de los menores	Prepúberes (< 13 años) < 11 años si el sujeto tiene 16	Prepúberes
Paso a la acción	Sí	Sí
Malestar	Sí	Sí
Problemas interpersonales	Sí	No especificado
Excepciones	Individuo al final de la adolescencia que mantiene relación sexual continua con otro individuo de 12 o 13 años	Niños pre o postpuberales cercanos en edad
Especificadores	<ul style="list-style-type: none"> • Exclusivo (atracción exclusiva por niños) o no exclusivo • Atracción sexual por sexo masculino, femenino o ambos • Limitado al incesto 	No especificado

Como puede verse, la confusión ampliamente extendida entre los términos «pedofilia» y «pederastia» puede en parte explicarse por la inclusión del «paso a la acción» en las definiciones oficiales de los manuales como posible criterio diagnóstico del trastorno de pedofilia⁴⁶. No es el único elemento controvertido de la definición; el DSM-5 expone que el diagnóstico de trastorno de pedofilia debe aplicarse tanto a aquellos individuos que se reconocen con pedofilia como a quienes lo niegan a pesar de haber argumentos evidentes que demuestren que la padecen⁴⁷. Así, el trastorno podría diagnosticarse tanto a personas de las que se sabe que se han acercado a niños con intenciones sexuales, pero arguyen que fueron encuentros no intencionados ni sexuales o niegan tener deseos o fantasías con menores, como a quienes reconocen haber tenido esos encuentros, pero rechazan tener un interés sexual hacia ellos⁴⁸. La inclusión de este autorreconocimiento como criterio diagnóstico habilitaría la posibilidad de admisiones falaces

⁴⁶ Cfr., críticamente, BERLIN, «Pedophilia and DSM-5: The Importance of Clearly Defining the Nature of a Pedophilic Disorder», *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law Online*, (42-4), 2014, pp. 404 ss.

⁴⁷ ASOCIACIÓN AMERICANA DE PSIQUIATRÍA, *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5*, 5ª ed., 2014, p. 685.

⁴⁸ ASOCIACIÓN AMERICANA DE PSIQUIATRÍA, *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5*, 5ª ed., 2014, p. 685.

de un trastorno pedofílico si se consolidara la tendencia judicial de atribuir a este último efectos sobre la imputabilidad y, en consecuencia, reducciones de condena.

No obstante, la crítica principal en la que coinciden diversos autores respecto de estas definiciones oficiales radica en la importancia que conceden al comportamiento del sujeto para diagnosticar el trastorno⁴⁹, dejando de lado el resto de los criterios que justificarían tal diagnóstico –por ejemplo, tener fantasías sexuales o deseo de mantener una relación íntima y afectiva con un menor– aun en ausencia de la conducta delictiva⁵⁰. Además, el paso a la acción puede referirse a múltiples comportamientos distintos del abuso sexual infantil⁵¹, como masturbarse teniendo fantasías con menores o consumir material abusivo de menores⁵². De hecho, el DSM-5 también contempla el visionado de material abusivo de menores como un indicador útil para diagnosticar el trastorno, asumiendo que las personas consumen aquello que se corresponde con sus intereses sexuales⁵³, pese al cuestionamiento de este argumento que se ha mencionado previamente⁵⁴.

Los autores que rechazan la importancia atribuida al paso a la acción en la definición del trastorno de pedofilia consideran que la formulación de un diagnóstico con un fin clínico debe, ante todo, evaluar la necesidad para el individuo de recibir tratamiento, independientemente de si ha ejecutado o no la conducta (lo que es, indudablemente, relevante en el contexto procesal penal).

Tal vez una forma de conciliar ambas posturas y de afrontar el examen de la imputabilidad de quienes reciben un diagnóstico de trastorno de pedofilia exija atender prioritariamente a la motivación del acto. Como se ha indicado, no todo acto pederasta está motivado por intereses pedófilos ni todo deseo de cometer actos sexuales con menores implica pasar a la acción⁵⁵, por lo que el estudio de la motivación del acto deviene un factor de análisis fundamental. En el caso de los sujetos que pasan a la acción, identificar la motivación con la que han actuado es crucial, ya no sólo en aras del fin clínico, que permitiría diferenciar entre agresores pedófilos y no pedófilos, teniendo cada uno de ellos necesidades terapéuticas distintas⁵⁶, sino también del fin penal, pues tal motivación podría incidir en la modulación de la responsabilidad penal (en particular, en el contexto de un Derecho penal en el que parece haberse otorgado carta de naturaleza a la

⁴⁹ BEECH *et al.*, «Paraphilias in the DSM-5», *Annual Review of Clinical Psychology*, (12), 2016, pp. 383 ss.

⁵⁰ BERLIN, *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law Online*, (42-4), 2014, pp. 404 ss.; KRUEGER *et al.*, *Archives of Sexual Behavior*, (46-5), 2017, pp. 1529 ss.

⁵¹ BEECH *et al.*, *Annual Review of Clinical Psychology*, (12), 2016, pp. 383 ss.; BERLIN, *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law Online*, (42-4), 2014, pp. 404 ss.; GANNON, *Aggression and Violent Behavior*, (61), 2021, pp. 1 ss.

⁵² BERLIN, *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law Online*, (42-4), 2014, pp. 404 ss.

⁵³ ASOCIACIÓN AMERICANA DE PSIQUIATRÍA, *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5*, 5ª ed., 2014, p. 698.

⁵⁴ BERLIN, *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law Online*, (42-4), 2014, pp. 404 ss.; HERRERO MEJÍAS, *Agresores sexuales*, 2018, pp. 61 ss. Por ejemplo, podrían existir individuos con hipersexualidad que, en su búsqueda incesante de nuevo material con el que alcanzar la excitación sexual, como les sucede a quienes han desarrollado tolerancia hacia una sustancia adictiva, acabasen consumiendo material abusivo infantil sin por ello sentir una atracción sexual o deseos mantenidos hacia los menores.

⁵⁵ GANNON, *Aggression and Violent Behavior*, (61), 2021, pp. 1 ss.; GERWINN *et al.*, *European Psychiatry*, (51), 2018, pp. 74 ss.; HERRERO MEJÍAS, *Agresores sexuales: teoría, evaluación y tratamiento*, 2018, p. 56; JAHNKE, *European Psychologist*, (23-2), 2018, pp. 144 ss.; SETO, *Annual Review of Clinical Psychology*, (5-1), 2009, pp. 391 ss.; EL MISMO, *Pedophilia and sexual offending against children: theory, assessment and intervention*, 2ª ed., 2018, p. 13.

⁵⁶ RIBERAS-GUTIÉRREZ *et al.*, «Necesidades de intervención en prisión con internos con pedofilia», *Papeles del Psicólogo*, (45-1), 2024, pp. 11 ss.

motivación como factor de agravación de la conducta delictiva). De este modo, el trastorno de pedofilia real estaría conectado con una determinada motivación del acto: la de aproximarse de manera erótica, e incluso romántica, al menor de edad, sintiendo por el mismo una atracción centrada en el hecho de no haber desarrollado los caracteres físicos ni psicológicos adultos.

La conveniencia de adoptar un criterio de esta índole se acentúa si se advierte que el DSM-5 distingue entre trastorno de pedofilia de tipo exclusivo (atracción exclusiva por menores) y no exclusivo (atracción por menores y por adultos)⁵⁷. Estos últimos podrían mantener relaciones afectivas y sexuales lícitas con adultos consentidores de manera satisfactoria, mientras que los primeros, para no dañar ningún bien jurídico protegido, deberían mantener una vida célibe, dado que su único sujeto de atracción es la persona menor de edad. Esta distinción resulta especialmente reveladora para los fines clínicos del diagnóstico⁵⁸, ya que dirige la intervención hacia un amortiguamiento de los deseos hacia menores en favor de una focalización en los deseos hacia personas adultas consentidoras y tal vez un entrenamiento en habilidades sociales, en el caso de la pedofilia no exclusiva, y hacia una aceptación y compromiso de no actuación, y en ocasiones un manejo simultáneo de la autoestima o de posibles intentos de suicidio (habituales en esta población), en el caso de la pedofilia exclusiva. Otros autores, además de la especificación sobre la exclusividad, recomiendan incluir dentro del diagnóstico el sexo y la edad de los menores que más atraen al sujeto (aunque más que la edad se recomienda atender al desarrollo o no de los caracteres sexuales primarios y secundarios, siguiendo para ello las tablas de clasificación de madurez sexual de TANNER⁵⁹). A nivel criminológico, además, la distinción puede resultar de interés en el estudio del *modus operandi* del sujeto que comete un acto típico, dado que la forma de aproximación a la víctima y el nivel de violencia empleado podrían variar entre un menor prepúber y un menor adolescente.

Respecto al origen y curso de la atracción sexual hacia menores, el DSM-5 señala que el trastorno de pedofilia se desarrolla en la pubertad y es de por vida, aunque su curso pueda variar, aumentando o disminuyendo con la edad. Esta concepción de la atracción llevó al DSM-5 a considerar que, si no existe malestar subjetivo, limitaciones funcionales y el sujeto nunca ha pasado a la acción, no se hablaría de un trastorno sino de «una orientación sexual de pedofilia»⁶⁰. Considerar la pedofilia como una orientación sexual generó gran controversia social, por lo que la Asociación Americana de Psiquiatría, a través de una nota de prensa⁶¹, aclaró que se trataba de un error y que el término sería sustituido por el de «interés sexual», al igual que apoyó condenar penalmente a las personas que agreden sexualmente a menores y desarrollar tratamientos para el trastorno de pedofilia como forma de prevención. Este último cambio, en realidad, puede haber contribuido a generar más confusión, pues la orientación y el interés sexual son conceptos distintos. En el ámbito clínico, el interés sexual se refiere a aquello que la persona quiere hacer, lo lleve a cabo o no, implicando una activación sexual en el individuo⁶². Se entiende que es algo

⁵⁷ ASOCIACIÓN AMERICANA DE PSIQUIATRÍA, *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5*, 5ª ed., 2014, p. 685.

⁵⁸ GANNON, *Aggression and Violent Behavior*, (61), 2021, pp. 1 ss.

⁵⁹ TANNER, *Fetus into Man: Physical Growth from Conception to Maturity*, 2ª ed., 1990, pp. 58 ss.

⁶⁰ ASOCIACIÓN AMERICANA DE PSIQUIATRÍA, *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5*, 5ª ed., 2014, p. 698.

⁶¹ ASOCIACIÓN AMERICANA DE PSIQUIATRÍA, *APA Statement on DSM-5 Text Error Oct. 31, 2013* [Disponible en https://psychstar.ca/resources/DSM-5_Corrections-to-Text_sexual_disorders.pdf].

⁶² MOSER, «Defining Sexual Orientation», *Archives of Sexual Behavior*, (45-3), 2016, pp. 505 ss.; SCHIPPERS *et al.*, «Pedophilia is associated with lower sexual interest in adults: Meta-analyses and a systematic review with men who had sexually offended against children», *Aggression and Violent Behavior*, (69-1), 2023, pp. 1 ss.

aprendido y, por tanto, flexible y susceptible de cambio⁶³, como sucede por ejemplo con determinadas fantasías sexuales, por lo que considerar la pedofilia como un interés sexual supondría la presencia de cualquier respuesta sexual absoluta hacia un estímulo relacionado con menores⁶⁴ y con posibilidad de ser cambiada o modificada. La orientación sexual, en cambio, es una atracción erótica más intensa y arraigada hacia cierto tipo de personas (en el caso de la pedofilia, menores de edad), inmutable y duradera, que se establece antes de la edad adulta y que no puede ser modificada después. Ello explica que diversos autores hayan retomado recientemente la idea de conceptualizar la pedofilia como una orientación sexual acuñando un nuevo término: «cronofilia». Esta es la concepción clínica que se expone a continuación.

b. *La pedofilia como cronofilia*

Para SETO, la orientación sexual es «una tendencia estable a orientarse preferentemente -en términos de atención, interés, atracción y excitación genital- a clases particulares de estímulos sexuales»⁶⁵. Es inmutable y duradera y se establece antes de la edad adulta, durante la pubertad⁶⁶. Además, al hablar de «clases particulares de estímulos sexuales», SETO entiende que la orientación sexual puede dirigirse hacia diferentes dimensiones en las que cada individuo tendrá una preferencia concreta⁶⁷. Así, la dimensión más conocida es la de sexo (que atiende a si la predilección se dirige hacia personas del propio sexo, de otro diferente, de ambos o de ninguno), pero se incluirían otras en las que cada sujeto albergaría una o varias preferencias, tales como vivo-no vivo (ej., personas u objetos fetichistas), especie humana o no humana (ej., zoofilia), yo-otros (ej., intereses sexuales dirigidos hacia dentro con un yo imaginado o hacia fuera con otras personas) o actividades (ej., exhibicionismo, *voyeurismo* o *frotteurismo*). La edad sería otra de estas dimensiones, dando lugar a diferentes términos según el nivel de desarrollo físico por el que sintiera atracción la persona (pedofilia, gerontofilia, etc.)⁶⁸.

Ahora bien, dado que el nivel de desarrollo físico y madurativo depende en gran medida de la edad de la persona y los desarrollos y edades varían a lo largo de la vida, para hablar de esta dimensión MONEY acuñó un término general, «cronofilia» (del griego, *khronos*, tiempo, y *philia*, amor)⁶⁹, que agruparía a otros términos particulares, cada uno de los cuales haría referencia a la atracción hacia tramos particulares de edad y desarrollo madurativo de los caracteres sexuales primarios y secundarios visibles, según la escala de maduración sexual de TANNER (1990): nepiofilia (sujetos entre 0 y 3 años, Tanner I), pedofilia (sujetos entre 3 y 9 años, Tanner II), hebefilia (sujetos prepúberes, entre 10 y 14 años, Tanner III), efebofilia (sujetos púberes, entre 14 y 17 años, Tanner IV), teleiofilia (sujetos de entre 18 y 30 años, Tanner V), mesofilia (sujetos

⁶³ IMHOFF *et al.*, «Toward a Theoretical Understanding of Sexual Orientation and Sexual Motivation», *Archives of Sexual Behavior*, (46-1), 2017, pp. 29 ss.; SCHMIDT/IMHOFF, «Towards a Theory of Chronophilic Sexual Orientation in Heterosexual Men», en CRAIG (ed.), *Sexual Deviance: Understanding and managing deviant sexual interest and paraphilic disorders*, 2021, pp. 41 ss.

⁶⁴ SCHIPPERS *et al.*, *Aggression and Violent Behavior*, (69-1), 2023, pp. 1 ss.

⁶⁵ SETO, *Archives of Sexual Behavior*, (46-1), 2017, p. 3.

⁶⁶ IMHOFF *et al.*, *Archives of Sexual Behavior*, (46-1), 2017, pp. 29 ss.; MOSER, *Archives of Sexual Behavior*, (45-3), 2016, pp. 505 ss.; MOSER/KLEINPLATZ, *Annual Review of Clinical Psychology*, (16-1), 2020, pp. 81 ss.; SCHMIDT/IMHOFF, en CRAIG (ed.), *Sexual Deviance*, 2021, pp. 41 ss.; SETO, *Archives of Sexual Behavior*, (41-1), 2011, pp. 231 ss.; EL MISMO, *Archives of Sexual Behavior*, (46-1), 2017, pp. 3 ss.

⁶⁷ SETO, *Archives of Sexual Behavior*, (46-1), 2017, pp. 3 ss.

⁶⁸ SETO, *Archives of Sexual Behavior*, (46-1), 2017, pp. 3 ss.

⁶⁹ MONEY, *Lovemaps: Clinical concepts of sexual/erotic health and pathology, paraphilia, and gender transposition of childhood, adolescence, and maturity*, 1986, pp. 70 ss.

entre 30 y 60 años, Tanner V) y gerontofilia (sujetos a partir de 60 años, Tanner V)⁷⁰. De acuerdo con esta perspectiva, por tanto, el término «pedofilia» no alude al interés sexual general hacia cualquier menor de edad independientemente de su desarrollo madurativo o de su edad, sino sólo a uno de los cuatro tipos de cronofilia que hacen referencia a menores de edad⁷¹. El origen de que las cronofilias hacia los menores de edad reciban varios nombres se debe a que el desarrollo madurativo durante la infancia y adolescencia sufre varios hitos particulares (ej., menarquia, cambios de voz). Además, a nivel subjetivo, los sujetos que se identifican con alguna de esas cronofilias son capaces de identificar muy bien el estadio concreto por el que se sienten atraídos, de manera que, si el menor evoluciona de tramo de edad, el sujeto dejaría de sentir la misma atracción por ellos, ya que el objeto de su atracción son las características asociadas a ese tramo concreto de edad y desarrollo y ya habrían desaparecido. Y esto, a nivel clínico y criminológico, es de alto interés detallarlo para poder efectuar los planes preventivos necesarios.

Por otra parte, al igual que sucedía con la conceptualización anterior, también se considera que estas cronofilias pueden ser exclusivas, si la persona solo siente atracción sexual hacia un estadio de desarrollo concreto, o no exclusivas, si siente atracción sexual hacia varias y alguno de esos tramos involucra a adultos⁷². Por tanto, puede haber personas con pedofilia exclusiva o con pedofilia no exclusiva⁷³.

Desde esta perspectiva clínica, se entiende que la pedofilia es una atracción sexual estable, que se desarrolla en la pubertad⁷⁴ y para la que no cabe plantear una modificación en el estadio de deseo⁷⁵: ni siquiera las intervenciones farmacológicas o de castración química han dado resultados consistentes, pues pese a la anulación de la respuesta fisiológica sexual, el sujeto puede continuar albergando deseos románticos, no exclusivamente eróticos, hacia los menores y, en su caso, podría concebir formas de contacto sexual que no implicasen la penetración, tales como la masturbación al menor o el sexo oral⁷⁶.

Así, toda vez que la atracción no se considera modificable, pero sí lo es la conducta sexual, los tratamientos disponibles se centran en enseñar al individuo a convivir y manejar su atracción sexual comprometiéndose a no llevar a cabo agresiones sexuales contra menores⁷⁷. Esta forma

⁷⁰ SETO, *Archives of Sexual Behavior*, (41-1), 2011, pp. 231 ss.; EL MISMO, *Archives of Sexual Behavior*, (46-1), 2017, pp. 3 ss.; EL MISMO, *Pedophilia and sexual offending against children*, 2018, pp. 17 ss.

⁷¹ SETO, *Archives of Sexual Behavior*, (46-1), 2017, pp. 3 ss.; EL MISMO, *Pedophilia and sexual offending against children*, 2018, p. 11.

⁷² SETO, *Archives of Sexual Behavior*, (46-1), 2017, pp. 3 ss.; EL MISMO, *Pedophilia and sexual offending against children*, 2018, p. 9.

⁷³ BLANCHARD *et al.*, «Pedophilia, hebephilia, and the DSM-V», *Archives of Sexual Behavior*, (38-3), 2009, pp. 335 ss.; SETO, *Archives of Sexual Behavior*, (46-1), 2017, pp. 3 ss.; EL MISMO, *Pedophilia and sexual offending against children*, 2018, p. 9.

⁷⁴ GRUNDMANN *et al.*, «Stability of Self-Reported Arousal to Sexual Fantasies Involving Children in a Clinical Sample of Pedophiles and Hebephiles», *Archives of Sexual Behavior*, (45-5), 2016, pp. 1153 ss.; KONRAD *et al.*, «Therapeutic Options», en BEIER (ed.), *Pedophilia, Hebephilia and Sexual Offending against Children*, 2021, pp. 27 ss.; SETO, *Archives of Sexual Behavior*, (46-1), 2017, pp. 3 ss.; EL MISMO, *Pedophilia and sexual offending against children*, 2018, p. 15.

⁷⁵ KONRAD *et al.*, en BEIER (ed.), *Pedophilia, Hebephilia and Sexual Offending against Children*, 2021, pp. 27 ss.; MOSER, «DSM-5, Paraphilias, and the Paraphilic Disorders: Confusion Reigns», *Archives of Sexual Behavior*, (48-3), 2019, pp. 681 ss.; SETO, *Archives of Sexual Behavior*, (46-1), 2017, pp. 3 ss.

⁷⁶ SETO, *Annual Review of Clinical Psychology*, (5-1), 2009, pp. 391 ss.

⁷⁷ BEIER *et al.*, «The Berlin Prevention Project Dunkelfeld (PPD)», en BEIER (ed.), *Pedophilia, Hebephilia and Sexual Offending against Children*, 2021, pp. 43 ss.; SETO, *Annual Review of Clinical Psychology*, (5-1), 2009, pp. 391 ss.; EL MISMO, *Archives of Sexual Behavior*, (46-1), 2017, pp. 3 ss.

de tratamiento se ilustra particularmente bien con el lema del Proyecto alemán *Dunkelfeld*, paradigma de la terapia con personas atraídas sexualmente hacia menores: «Nadie es culpable de lo que siente, pero sí es responsable de lo que hace». Ahora bien, para que el tratamiento de compromiso conductual hacia la no-agresión funcione, la motivación del sujeto juega un papel muy importante⁷⁸. Por esto mismo, se apuesta por el ofrecimiento en el nivel clínico de espacios que permitan a las personas con cronofilia dirigidas a menores de edad que necesiten hablar de su atracción y reducir su malestar, dotándolas de herramientas que les permitan no pasar a la acción y abstenerse de cometer el delito⁷⁹. De hecho, hay autores que señalan que el malestar que experimentan muchas personas con pedofilia les hace particularmente proclives a buscar tratamiento, aunque popularmente se piense lo contrario⁸⁰ y sea difícil encontrar un tratamiento especializado y un terapeuta que no juzgue negativamente al sujeto o experimente sensaciones desagradables hacia él⁸¹.

De esta forma, los autores que postulan esta concepción de la pedofilia entienden que el tratamiento más eficaz es el preventivo, evitando promover el estigma y señalamiento de los sujetos con estos intereses⁸². Proponen, en consecuencia, abrir un espacio al que puedan dirigirse los sujetos con pedofilia que lo precisen a fin de dotarles de herramientas para comprender y gestionar su situación, reducir su malestar y, en su caso, evitar la agresión sexual como respuesta: es el caso de proyectos que se han puesto en marcha en Alemania (el mencionado *Prevention Project Dunkelfeld*), Reino Unido (*Stop It Now!*), República Checa (*Projekt Parafilik*), Francia (*PedoHelp*), Estados Unidos (*Help Wanted Prevention Project*), Bélgica (*I.T.E.R. Center for Prevention and Treatment*) y Canadá (*Talking for Change*).

Un paso más allá da un conjunto de autores que considera que la pedofilia no es un trastorno, pero tampoco una cronofilia, sino un simple interés sexual atípico que no debería incluirse en los manuales diagnósticos. Es la última de las conceptualizaciones alternativas de la pedofilia en el ámbito clínico y a ella se dedica el siguiente epígrafe.

c. *La pedofilia como interés sexual atípico*

Por último, hay autores que consideran que la conceptualización de las parafilias es confusa porque no cumple la definición de trastorno mental que sugiere el DSM⁸³. El DSM-5 define el trastorno mental, cualquiera que este sea, como «un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento del individuo que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que

⁷⁸ SETO, *Annual Review of Clinical Psychology*, (5-1), 2009, pp. 391 ss.

⁷⁹ BEIER *et al.*, «Encouraging self-identified pedophiles and hebephiles to seek professional help: First results of the Prevention Project Dunkelfeld (PPD)», *Child Abuse and Neglect*, (33-8), 2009, pp. 545 ss.; GANNON, *Aggression and Violent Behavior*, (61), 2021, pp. 1 ss.; JAHNKE, *European Psychologist*, (23-2), 2018, pp. 144 ss.

⁸⁰ BEIER *et al.*, *Child Abuse and Neglect*, (33-8), 2009, pp. 545 ss.; BEIER *et al.*, en BEIER (ed.), *Pedophilia, Hebephilia and Sexual Offending against Children*, 2021, pp. 43 ss.

⁸¹ JAHNKE, *Archives of Sexual Behavior*, (47-2), 2018, pp. 363 ss.; LA MISMA, *European Psychologist*, (23-2), 2018, pp. 144 ss.; STEVENS/WOOD, *Journal of Child Sexual Abuse*, (28-8), 2019, pp. 968 ss. Cfr. en detalle, BUENO GUERRA, «La exclusión social de las personas con pedofilia y de quienes cometen delitos sexuales contra menores», en BENITO SÁNCHEZ/GÓMEZ LANZ (dirs.), *Sistema penal y exclusión social*, 2020, pp. 297 ss.

⁸² LASHER/STINSON, «Adults with Pedophilic Interests in the United States: Current Practices and Suggestions for Future Policy and Research», *Archives of Sexual Behavior*, (46-3), 2017, pp. 659 ss.

⁸³ MOSER, *Archives of Sexual Behavior*, (48-3), 2019, pp. 681 ss.; MOSER/KLEINPLATZ, *Annual Review of Clinical Psychology*, (16-1), 2020, pp. 81 ss.

subyacen en su función mental»⁸⁴, generalmente provocando un estrés significativo para el individuo. De hecho, el propio DSM 5 explicita que los comportamientos socialmente desviados (ya sean políticos, sexuales, religiosos o delictivos) no son trastornos mentales a no ser que sean resultado de una disfunción como las inicialmente mencionadas⁸⁵. En el caso de las parafilias, además, esta disfunción debe resultar del malestar personal a causa de sus intereses sexuales y no derivado por el rechazo social hacia las parafilias⁸⁶. Para estos autores, por tanto, las parafilias son gustos privados que no siempre producen en el sujeto una sensación subjetiva de malestar o alteran sus procesos psíquicos y solo cuando el sujeto siente malestar porque no se siente a gusto con su atracción, independientemente del juicio de terceros hacia esas atracciones sexuales, deberían ser clasificadas como trastorno. Por todo ello, los autores que sostienen esta postura defienden que las parafilias simplemente son atracciones sexuales poco habituales y que la sección debería ser revisada o directamente eliminada del manual⁸⁷. Para estos autores, el propósito en el ámbito clínico debe ser identificar criterios que permitan caracterizar la pedofilia como un trastorno mental de acuerdo con la definición aceptada de este último; en ausencia de tales criterios, lo procedente será desistir de la inclusión en los manuales diagnósticos del interés sexual por menores. Es importante recalcar que estos autores no alientan la comisión de delitos sexuales contra menores ni pretenden facilitar la elusión de responsabilidad penal de quienes los cometen. Al contrario; la despatologización de la pedofilia impediría que quienes agreden sexualmente a un menor y además tienen un interés sexual en menores dispusieran de un «paraguas» clínico bajo el que guarecerse y fundamentar una posible afectación de su imputabilidad⁸⁸.

Los defensores de esta postura sostienen que, si la pedofilia se ha incluido en el DSM es seguramente porque una de las maneras en las que socialmente se demuestra rechazo hacia una realidad es a través de su patologización, criticando así la inclusión de las parafilias en el manual por motivos sociales y no estrictamente clínicos⁸⁹. De hecho, como el DSM 5 argumenta que la diferencia entre desviación sexual y trastorno mental radica en que el trastorno causa daño, estos autores consideran problemático que el DSM no explique cómo y por qué dañar a otros es lo que hace que las parafilias sean un trastorno más que una conducta inmoral o delictiva⁹⁰. Así, hacen hincapié en que a lo largo de los años ha habido muchos cambios en las preferencias sexuales consideradas patológicas, y esto muestra, en su opinión, la dificultad que afrontaría el manual para diferenciar un trastorno mental de lo que en cada época se han considerado conductas inmorales, no éticas o ilegales⁹¹.

⁸⁴ ASOCIACIÓN AMERICANA DE PSIQUIATRÍA, *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5*, 5ª ed., 2014, p. 20.

⁸⁵ ASOCIACIÓN AMERICANA DE PSIQUIATRÍA, *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5*, 5ª ed., 2014, p. 20.

⁸⁶ ASOCIACIÓN AMERICANA DE PSIQUIATRÍA, *Paraphilic Disorders*, 2013; DE BLOCK/ADRIAENS, *Journal of Sex Research*, (50-3/4), 2013, pp. 276 ss.

⁸⁷ MOSER, *Archives of Sexual Behavior*, (38-3), 2009, pp. 323 ss.; MOSER/KLEINPLATZ, *Archivos Hispanoamericanos de Sexología*, (12-2), 2006, pp. 217 ss.; LOS MISMOS, *Annual Review of Clinical Psychology*, (16-1), 2020, pp. 81 ss.

⁸⁸ DE BLOCK/ADRIAENS, *Journal of Sex Research*, (50-3/4), 2013, pp. 276 ss.; MOSER, *Archives of Sexual Behavior*, (38-3), 2009, pp. 323 ss.; MOSER/KLEINPLATZ, *Archivos Hispanoamericanos de Sexología*, (12-2), 2006, pp. 217 ss.; LOS MISMOS, *Annual Review of Clinical Psychology*, (16-1), 2020, pp. 81 ss.

⁸⁹ DE BLOCK/ADRIAENS, *Journal of Sex Research*, (50-3/4), 2013, pp. 276 ss.; MOSER/KLEINPLATZ, *Archivos Hispanoamericanos de Sexología*, (12-2), 2006, pp. 217 ss.; LOS MISMOS, *Annual Review of Clinical Psychology*, (16-1), 2020, pp. 81 ss.

⁹⁰ DE BLOCK/ADRIAENS, *Journal of Sex Research*, (50-3/4), 2013, pp. 276 ss.

⁹¹ DE BLOCK/ADRIAENS, *Journal of Sex Research*, (50-3/4), 2013, pp. 276 ss.; GAMI, «Between DSM and ICD: Paraphilias and the Transformation of Sexual Norms», *Archives of Sexual Behavior*, (44-5), 2015, pp. 1127 ss.;

Además, critican el énfasis que el DSM pone en las conductas sexuales específicas de cada parafilia para diagnosticar el trastorno⁹². MOSER insiste en que el debate actualmente se centra sobre todo en la edad de las personas que atraen al individuo, dado que, siendo menores de edad, pasar a la acción supondría automáticamente la calificación de la conducta como delito⁹³. Sin embargo, el autor señala que ni pasar a la acción ni cometer un delito indican necesariamente sufrir una patología, como demuestra el hecho de que la mayoría de los condenados por la comisión de un delito no son diagnosticados de ningún trastorno fundado en los delitos concretos cometidos. Para MOSER, por tanto, la inclusión de la pedofilia en el manual de forma asociada al paso a la acción entraña una patologización innecesaria de una conducta por el mero hecho de su relevancia penal, por lo que debería procederse a su eliminación del mismo.

1.3. Pedofilia y atenuación de la responsabilidad penal

Esta incertidumbre científica sobre la caracterización de la pedofilia origina, como no puede ser de otra manera, un alto grado de diversidad en la apreciación jurisprudencial de esta condición. La conceptualización de la pedofilia como un trastorno, como una cronofilia o como un mero interés sexual atípico entraña una valoración desigual de su repercusión sobre la capacidad volitiva del sujeto, lo que, como se ha visto, determina una diferente consideración por parte del Derecho penal.

La afectación a la capacidad volitiva (y, en particular, su plasmación en una deficiente capacidad de controlar el impulso sexual) y la consideración de que un tratamiento puede hacer desaparecer el interés sexual en menores se hallan precisamente en el centro de la discusión. La conexión entre el control de los impulsos y esta capacidad ha sido ampliamente discutida. En el nivel clínico, el DSM-5 y la CIE-11 recogen trastornos del control de impulsos donde se incluyen algunos –como la cleptomanía (F63.2 en DSM-5 y 6C71 en CIE-11)– estrechamente vinculados con los delitos patrimoniales. Ello ha posibilitado examinar su efecto en la imputabilidad de quienes padecen este tipo de trastornos, que se suele entender menoscabada en su dimensión volitiva⁹⁴.

Existen precedentes en otros países en los que la jurisprudencia ha asumido que la pedofilia comporta también una dificultad en el autocontrol de los impulsos sexuales que perturba la capacidad volitiva⁹⁵; es el caso, por ejemplo, del notorio caso *Kansas vs. Hendricks* –521 U.S. 346 (1997)– en el que el Tribunal Supremo de los EE.UU. admitió la posibilidad de someter a un ciudadano a un internamiento civil involuntario en atención a que su pedofilia acreditaba su peligrosidad, dado que actuaba movido por impulsos irresistibles que no le permitían controlar sus conductas delictivas respecto a los menores.

La presencia de sentencias de Tribunales españoles que han valorado la concurrencia de un diagnóstico de pedofilia para atenuar la responsabilidad penal de reos condenados por delitos

MOSER, *Archives of Sexual Behavior*, (38-3), 2009, pp. 323 ss.; MOSER/KLEINPLATZ, *Archivos Hispanoamericanos de Sexología*, (12-2), 2006, pp. 217 ss.; LOS MISMOS, *Annual Review of Clinical Psychology*, (16-1), 2020, pp. 81 ss.

⁹² MOSER/KLEINPLATZ, *Archivos Hispanoamericanos de Sexología*, (12-2), 2006, pp. 217 ss.

⁹³ MOSER, *Archives of Sexual Behavior*, (38-3), 2009, pp. 323 ss.

⁹⁴ CORRECHER MIRA, «La aplicación de la atenuante de análoga significación en supuestos de imputabilidad disminuida: ludopatía, piromanía y cleptomanía», *Revista Electrónica de Ciencia Penal y Criminología*, (22-7), 2020, pp. 1 ss.; SÁNCHEZ VILANOVA, «Nuevas perspectivas en el tratamiento jurisprudencial de la cleptomanía», *Revista de Derecho Penal y Criminología*, (22), 2019, pp. 159 ss.

⁹⁵ BERLIN, *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law Online*, (42-4), 2014, pp. 404 ss.

contra la libertad sexual de los menores puede ser el resultado de razonamientos de esta índole. Ello es lo que justifica examinar de forma sistemática tales pronunciamientos a fin de discutir posteriormente desde el punto de vista científico los argumentos subyacentes.

2. Método

La búsqueda de sentencias se llevó a cabo mediante las bases de datos de Aranzadi Instituciones y Tirant on line. Dada la ausencia de repercusión en el objeto de estudio de las diversas reformas sufridas por el Código Penal español en los últimos tiempos, no se consideró necesario acotar la exploración a un marco temporal concreto. El objetivo fue recuperar sentencias en las que la pedofilia fundamentase, por sí sola o juntamente con otros factores, la apreciación de una circunstancia modificativa de la responsabilidad penal en cualquier delito contra la libertad sexual de un menor. Este fue, en consecuencia, el único criterio de selección.

En la base de datos de Aranzadi Instituciones se seleccionó la opción de Jurisprudencia, introduciendo la palabra clave «pedofilia», con la que se obtuvieron 479 resultados. Para filtrar esas sentencias, se empleó la opción de buscar en resultados, introduciendo la palabra «atenuante», donde se obtuvieron 78 resultados, y después la palabra «eximente», obteniéndose 57. Con intención de ampliar la muestra, se introdujo en el buscador de Jurisprudencia la ecuación «(pedofilia NO paidofilia) Y atenuante O eximente», con la que se obtuvieron 4 resultados más. Descartando las sentencias repetidas entre búsquedas, el total de las obtenidas fue de 89.

En la base de datos de Tirant on line se seleccionó la opción de Jurisprudencia Penal y se introdujo en el buscador la ecuación «pedofilia Y atenuante», obteniéndose 52 resultados. Se lanzó una segunda búsqueda escribiendo en el buscador la ecuación «pedofilia Y atenuante O eximente» y filtrando los resultados con la opción de «Delito contra la libertad e indemnidad sexuales» y «Delitos de agresión y abuso a menores» y una tercera búsqueda con «paidofilia Y atenuante O eximente NO pedofilia» y los mismos filtros. El total de sentencias recuperadas fue de 96.

Descartando las sentencias repetidas entre ambas bases de datos y aquellas no relacionadas con delitos sexuales contra menores, el resultado final fue de 163 (es decir, se identificaron 163 sentencias en las que se aduce pedofilia en el acusado). De estas, 35 aceptaron el diagnóstico de pedofilia y asociaron al mismo una circunstancia modificativa de la responsabilidad penal. Dado que 6 de ellas resolvían recursos presentados frente a otras sentencias recuperadas y se referían, por tanto, al mismo caso, se decidió valorar en el estudio los argumentos de las sentencias dictadas por el órgano superior. Aun así, las 35 sentencias fueron codificadas.

Por tanto, la muestra final para el análisis de la modificación de la imputabilidad de un condenado debida a la alegación de pedofilia fue de 29 sentencias dictadas entre los años 1995 y 2021, que se referenciarán en el texto con la letra «S», seguida del número que se muestra en el listado del Anexo II⁹⁶.

Para codificar las sentencias se crearon 43 variables cuantitativas y cualitativas, tomando como referencia la revisión bibliográfica realizada y el contenido de las sentencias (ver Anexo III y el

⁹⁶ Las seis sentencias que son recursos de otras se han identificado con el número asignado a la sentencia del órgano jurisdiccional superior seguido del término «bis».

Excel descargable⁹⁷). La información de cada variable se localizó en cada sentencia, atendiendo especialmente a los apartados de Hechos Probados, Fundamentos Jurídicos y Fallo, y se codificó en un documento Excel. La codificación de los delitos se realizó teniendo en cuenta los indicados textualmente en el Fallo, a pesar de los cambios de nomenclatura a lo largo de los años y de la reciente reforma del CP español por la Ley Orgánica 10/2022, de garantía integral de la libertad sexual. Sin embargo, a fin de unificar las conductas penadas se recurrió a la redacción actual y se crearon dos variables adicionales (variables 19 y 20 en Anexo III): agresión sexual a menores (según el capítulo II del CP, de las agresiones sexuales a menores de 16 años, y que incluye de la variable 7 a la 11) y pornografía infantil (art. 189 CP, de la variable 12 a la 15).

Por último, el análisis descriptivo se realizó con el programa estadístico Jamovi, versión 2.3.26.

3. Resultados

En la mayoría de los procesos donde la defensa del reo aduce la pedofilia como atenuante o eximente (78,5%, n=128), la pretensión se desestima, entendiéndose el Tribunal que aquella no afecta a las capacidades volitivas y cognitivas del sujeto. Sin embargo, en las sentencias en que el diagnóstico de pedofilia sí determina una modificación de la responsabilidad penal (21,5%, n=35), se observan variaciones en la decisión dependiendo de si se presenta o no acompañada de otro factor. En todos los casos en que solo se diagnostica pedofilia (48,3%, n=14) se aplica una atenuante por analogía (art. 21.7 CP). En algunos de los casos en los que hay al menos un trastorno comórbido a la pedofilia (51,7 %, n=15), se aplica la eximente incompleta del art. 21.1 CP (ver Tabla 2). Aun así, estas diferencias no llegan a ser estadísticamente significativas (χ^2 (1) = 3,12; p = 0,077). Por otro lado, solo en dos de los casos donde se condena al autor por otros delitos se especifica que la circunstancia modificativa no se aplica a dichos delitos (a la pertenencia a grupo criminal en la S26 y al delito contra la salud pública en la S29), pues se entiende que la pedofilia no influyó sobre ellos, al ser ajenos al ámbito sexual.

Tabla 2

Circunstancia modificativa aplicada según si la pedofilia se acompaña o no de otros trastornos

Circunstancia modificativa	Otros trastornos	
	Sí % (n)	No % (n)
Atenuante por analogía	80 (12)	100 (14)
Eximente incompleta	20 (3)	0 (0)

En las 29 sentencias analizadas todos los agresores con pedofilia son hombres, con una edad media de 40,8 años (n=17; mín.=18, máx.=72, SD=17,1). Utilizando el *nomen* que el CP en vigor asigna a la infracción penal, la mayoría son condenados por delitos de agresión sexual a menores (65,5%, n=19), seguidos de delitos de pornografía infantil (48,3%, n=14), provocación sexual a menores (6,9%, n=2), exhibicionismo (3,4%, n=1) y prostitución de menores (3,4 %, n=1).

⁹⁷ Enlace para acceder a la codificación de las sentencias: <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.17910.37440/1>

Además, en el 21,1% de los casos de agresión sexual (n=4) hay constancia de que el sujeto era usuario de imágenes abusivas de menores, pues es condenado también por delitos de pornografía infantil, siendo estas diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2 (1) = 16,4; p < 0,001$).

En un 24,1% (n=7) de las sentencias se condena al autor por otro delito, que, no siendo contra la libertad sexual, sí se relaciona con este. Así, en las S11 y S29 se condena también por un delito contra la salud pública, pues en la primera de ellas el reo se ganó la confianza de uno de los menores a los que agredió ofreciéndole marihuana a cambio de ir a su casa, y en la segunda el reo contactó con dos mujeres con adicción a la heroína y la cocaína y les prometió cierta cantidad de las sustancias a cambio de que le llevaran «una niña pequeña para desnudarla, pintarla y fotografiarla». En esta última sentencia también se condena al sujeto por un delito de rapto del art. 440 del CP de 1973, al igual que en la S17, donde se condena por cuatro delitos de detención ilegal (el hombre, mayor de edad, actúa junto a su pareja, de 17 años, yendo en su vehículo a buscar a niñas que mete en su coche y lleva a su casa para agredirlas).

Asimismo, en dos sentencias se condena por delitos contra la intimidad. En la S7, por conseguir fotografías de menores desnudas o en ropa interior, al ser el reo segundo entrenador de un equipo de fútbol femenino y delegado del club deportivo y conseguir las fotografías a través de una jugadora del equipo, de 17 años, con la que mantenía una relación sentimental secreta, siendo él 17 años mayor. En la S24, por fotografiar y grabar a las menores de las que se encargaba de cuidar.

Por último, en la S19 se condena también por dos delitos de amenazas condicionales (el agresor usa las redes sociales para contactar con niños menores, haciéndose pasar por una chica y a dos de ellos les amenaza con difundir las imágenes y vídeos sexuales en caso de que dejen de enviarle contenido de naturaleza sexual) y en la S26 por pertenencia a grupo criminal (el hombre pertenecía a una estructura internacional que actuaba de manera virtual seleccionando «a su gusto a unas determinadas niñas que, por sus características, les parecen idóneas para satisfacer sus impulsos sexuales, con la finalidad de que las personas próximas a las menores, de acuerdo con los primeros, de quienes reciben instrucciones, realicen reportajes fotográficos o videográficos de las niñas en actitudes claramente sexuales»).

Sobre la comorbilidad con otros trastornos, un 51,7% (n=15) de los condenados presenta al menos un trastorno adicional al de pedofilia. De estos, un 53,3% (n=8) padece solo un trastorno añadido, mientras que el 46,7% (n=7) restante presenta más de uno. En concreto, los trastornos más presentes son los de personalidad (en once casos: S6, S7, S8, S11, S14, S17, S19, S20, S25, S28 y S29), seguidos de discapacidad intelectual (leve (F70) en los tres casos: S4, S6 y S13), trastornos adaptativos (en tres casos: mixto (F43.23) en S4 y S21 y con estado de ánimo depresivo (F43.21) en S7), otras parafilias (fetichismo (F65.0) en S7, *voyeurismo* (F65.3) en S27 y S29, donde también se mencionan ciertas expresiones sadistas) y trastornos por consumo de sustancias (consumo de cocaína (F14.10) en S27 y adicción a la cocaína (F14.20) y consumo de alcohol abusivo (F10.10) en S29). Tan solo en la S8 se dio el caso de un trastorno orgánico junto con un trastorno esquizoafectivo de tipo bipolar (F25.0).

La apreciación de la afectación a las capacidades cognitivas y volitivas de los condenados en las sentencias en que la pedofilia determina una modificación de la responsabilidad penal varía dependiendo de si la pedofilia aparece o no acompañada de otros factores. Cuando solo está presente la pedofilia (n=14), se considera que la capacidad cognitiva está conservada, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($\chi^2 (2) = 7,06; p = 0,029$). La capacidad volitiva, por su parte, se considera afectada en todos los casos, mayoritariamente sin especificar el grado (ver

Tabla 3). Aunque la S3 señala expresamente que el sujeto «no tenía afectadas sus capacidades cognitivas y volitivas, sino solo mermadas sus barreras de contención o inhibición», en tanto que decide atenuar su responsabilidad penal, parece asumir implícitamente que la capacidad volitiva sí se hallaba, al menos, levemente perturbada.

Tabla 3
Efectos del diagnóstico exclusivo de pedofilia sobre la capacidad volitiva

Capacidad volitiva	Porcentaje (n)
Afectación grave	14,3 (2)
Afectación moderada	7,1 (1)
Afectación leve	28,6 (4)
Afectada, pero sin especificar grado	42,9 (6)
Conservada	7,1 (1)

Si la pedofilia se presenta comórbida a otros trastornos (n=15), hay casos en que se considera que la capacidad cognitiva está afectada, ya sea sin especificar el grado o de forma leve. En concreto, los trastornos que acompañan a la pedofilia en estos casos son discapacidad intelectual (S4 y S13), trastornos adaptativos (mixto en S4 y depresivo en S7), de personalidad (trastorno de personalidad en S7, antisocial (F60.2) en S17 y límite (F60.3) en S20) y orgánicos (deterioro orgánico funcional cerebral que potencia la pedofilia, en S8, y que además va acompañado de un trastorno esquizoafectivo de tipo bipolar). La capacidad volitiva se considera afectada en todos los casos, aunque usualmente sin especificar en qué grado. En la Tabla 4 se recoge el efecto de la pedofilia comórbida a otros trastornos y su repercusión sobre la capacidad cognitiva y volitiva.

Tabla 4
Efectos del diagnóstico de pedofilia comórbida a otros trastornos sobre las capacidades cognitivas y volitivas

	Capacidad cognitiva	Capacidad volitiva
Conservada	60% (n = 9)	0% (n = 0)
Afectación leve	13,3% (n = 2)	20% (n = 3)
Afectación moderada	0% (n = 0)	13,3% (n = 2)
Afectación grave	0% (n = 0)	13,3% (n = 2)
Afectada, pero sin especificar grado	26,7% (n = 4)	53,3% (n = 8)

Para justificar la apreciación o no de una circunstancia modificativa de la responsabilidad penal al diagnosticarse pedofilia y su afectación o no sobre la capacidad cognitiva y volitiva, varias sentencias hacen referencia a otras fuentes de información. No obstante, lo hacen de manera errónea. En concreto, en la S16 y la S29 se citan sentencias previas, especialmente la STS 1283/1997, Penal, de 24 de octubre⁹⁸ y la STS 478/2019, Penal, de 14 de octubre⁹⁹, para justificar que se puede apreciar la modificación de la responsabilidad penal del acusado si presenta diagnóstico de pedofilia. Sin embargo, cuando se acude al texto original de tales sentencias, se advierte que en ambas se rechaza que el diagnóstico de pedofilia afecte por sí mismo a la capacidad intelectual y volitiva del sujeto, circunstancia que la primera de ellas sólo admite -en su caso- cuando la pedofilia va asociada a otros trastornos psíquicos relevantes. Este error de referencia repetido tal vez se deba a que una mala interpretación del texto de la sentencia original ha sido inadvertidamente reproducida por sentencias posteriores que abordan el mismo ámbito, sin reparar en su errónea naturaleza. Asimismo, hay sentencias en las que se mencionan el DSM y la CIE para definir el trastorno de pedofilia y otras en las que se hace alusión a los informes periciales de médicos, psiquiatras y psicólogos que, no estando accesibles para su consulta, no permiten un análisis más pormenorizado en el presente estudio.

Respecto a las víctimas de delitos por agresor cuyo diagnóstico de pedofilia modifica su responsabilidad penal, la mayoría son mujeres (65,5%, n=19), seguidas de varones (24,1%, n=7) y de ambos sexos (10,3%, n=3). Ahora bien, tan solo en cinco de las sentencias se recoge hacia qué sexo se dirigía la atracción por los menores, siendo en cuatro de ellas por el femenino (S5, S23, S24 y S25) y en una por el masculino (S21). Del mismo modo, atendiendo a las sentencias en las que se recoge el especificador de exclusividad¹⁰⁰ (N=10) se obtiene que la mayoría (70%, n=7) padece una pedofilia de tipo no exclusivo.

La mayoría de los sujetos (55,2%, n=16) son desconocidos para la víctima la primera vez que se encuentran, seguido de aquellos que tienen relación de parentesco (13,8%, n=4), los conocidos del menor (13,8%, n=4), amigos de familiares (10,3%, n=3), entrenadores deportivos (3,4%, n=1) y vecinos (3,4%, n=1). En cuanto al parentesco, en la S6, la mujer del condenado y la madre de la menor eran primas; en la S10, era tío de la menor; en la S14, se trataba del tío político (su mujer era hermana de la madre de la niña); y en la S24, una de las víctimas era su prima. Además, en el 75% de los casos en los que el agresor es familiar de la víctima (n=4) el abuso es continuado en el tiempo, siendo estas diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2(1) = 6,56; p = 0,01$).

⁹⁸ STS 1283/1997, Penal, de 24 de octubre (ECLI:ES:TS:1997:6341).

⁹⁹ STS 478/2019, Penal, de 14 de octubre, (ECLI:ES:TS:2019:3397). Estas dos sentencias no se incluyeron en la muestra por no considerar la pedofilia como circunstancia modificativa de la responsabilidad penal.

¹⁰⁰ En la S6, S14 y S19 no se explicita que la pedofilia sea no exclusiva, pero puede deducirse. En las S6 y S14 el sujeto está casado con una mujer adulta y en la S19 se menciona que el abandono sentimental de su pareja hizo que se agravara su trastorno de personalidad por evitación y que sufriese una neurosis depresiva. Por tanto, se trata de sujetos capaces de sentirse atraídos por y mantener relaciones con personas adultas.

En la Tabla 5 se recoge un resumen de los resultados obtenidos.

Tabla 5
Resultados del análisis de sentencias

Sentencia	Uso del concepto de pedofilia	Otros trastornos	Tipo de delito	Circunstancia modificativa	Capacidad cognitiva	Capacidad volitiva
S1	Pedofilia, trastorno que se traduce en una preferencia sexual por los niños	No	Abuso sexual	Atenuante por analogía	Conservada	Afectación leve
S2	Trastorno de la personalidad de tipo paidofílico	No	Abuso sexual	Atenuante por analogía	Conservada	Afectación sin especificar grado
S3	Pedofilia	No	Abuso sexual continuado	Atenuante por analogía	Conservada	Conservada
S4	Peculiaridad de preferencia sexual con niños o paidofilia, de tipo exclusivo	Capacidad intelectual en el límite de la normalidad, trastorno adaptativo mixto de ansiedad y estado de ánimo depresivo	Abuso sexual y provocación sexual de menores	Atenuante por analogía	Afectación sin especificar grado	Afectación sin especificar grado
S5	Alteración en su inclinación sexual (respecto de los parámetros normalizados) o parafilia en su modalidad de pedofilia, de tipo heterosexual y de carácter no exclusivo, ya que también presenta inclinaciones sexuales normalizadas	No	Abuso sexual continuado	Atenuante por analogía	Conservada	Afectación sin especificar grado

4. Discusión

Como se indicó al inicio, el objetivo de este trabajo es examinar las sentencias españolas que han fundado una decisión de atenuación de la responsabilidad penal sobre un diagnóstico de pedofilia, a fin de evaluar los argumentos aducidos a partir de la investigación psicológica contemporánea sobre esta cuestión y proponer pautas para el tratamiento jurisprudencial del diagnóstico.

A nivel general, se muestra que los condenados diagnosticados de pedofilia, ya haya un trastorno concomitante o no, son hombres adultos, de mediana edad. La condena obedece a la comisión de delitos de agresión sexual a menores o de pornografía infantil, encontrándose algunos casos donde ambos concurren. Además, en caso de ser condenados por otros delitos no sexuales, estos constituyen medios para procurar el atentado contra la libertad sexual de los menores (traficar con drogas, amenazar, raptar o vulnerar la intimidad del menor). La mayoría de los sujetos padecen pedofilia de tipo no exclusivo y con atracción por el sexo femenino y son desconocidos para la víctima, aunque existe un número significativo de casos en los que el agresor pertenece a su entorno, ya sea por ser un familiar, amigo de sus padres o un conocido.

Ahora bien, respecto de la imputabilidad, resulta relevante mencionar que en la mayoría de las sentencias consultadas donde se adujo el diagnóstico de pedofilia en el acusado de un delito de agresión sexual a menores (en 128 de 163 sentencias consultadas), esta entidad clínica por sí sola no produjo una modificación de la responsabilidad penal. En las sentencias donde el diagnóstico produjo una modificación de la responsabilidad penal (en 35 de 163 sentencias consultadas), existen diferencias en función de si el diagnóstico de pedofilia va acompañado o no de otros factores. En los casos en que solo se diagnostica pedofilia, sin ningún otro trastorno concomitante, se aprecia la atenuante analógica del art. 21.7 CP (en relación con el art. 21.1 CP y este, a su vez, con el art. 20.1 CP, que recoge la eximente de anomalía o alteración psíquica), considerando que tal condición no afecta a la capacidad cognitiva pero sí a la volitiva, aunque no se concreta en qué grado. En los casos en los que la pedofilia aparece junto a otros trastornos, las sentencias optan bien por la citada atenuante analógica, bien por la eximente incompleta, pues consideran que la capacidad cognitiva podría verse alterada, aunque sin especificar el grado, cuando la pedofilia se acompaña de discapacidad intelectual, trastornos adaptativos, trastorno de personalidad límite o antisocial y trastornos orgánicos cerebrales. No parece pues que en esos casos la pedofilia sea considerada la principal causante de esa merma cognitiva, sino más bien el trastorno adicional que se diagnostica en el sujeto.

4.1. Relevancia de la perspectiva mixta biológico-psicológica del Código Penal en la determinación de la pedofilia como posible causa de inimputabilidad o imputabilidad parcial

Parece indudable que las sentencias que modulan la responsabilidad penal del sujeto en atención a un diagnóstico de pedofilia asumen que esta constituye una anomalía o alteración psíquica y, por tanto, satisface el presupuesto que exige el art. 20.1 CP (o, en su caso, los arts. 21.1 y 21.7 CP en relación con éste). Aun cuando no constituyen la mayoría de las sentencias consultadas, alcanzan un número lo suficiente relevante como para proceder a su identificación y a examinar si el argumentario que presentan se compadece con la perspectiva mixta biológico-psicológica que en la actualidad adopta el CP español¹⁰¹.

¹⁰¹ OBREGÓN GARCÍA/GÓMEZ LANZ, *Derecho Penal. Parte General*, 3ª ed., 2023, p. 143.

En primer lugar, el carácter prolongado en el tiempo de la pedofilia -apreciación en la que coinciden todas las perspectivas clínicas expuestas- justifica su consideración como una anomalía o alteración del primer párrafo del art. 20.1 CP y no como un TMT. Todas las perspectivas clínicas sobre la pedofilia consideran que el sujeto mantiene una inclinación sexual hacia los menores que persiste en el tiempo.

En segundo lugar, a nivel biológico, esta calificación como anomalía o alteración psíquica puede afirmarse tanto en los casos de pedofilia del desarrollo (la más frecuente, que aparece a lo largo de la vida de la persona, sin causa física orgánica concreta, aunque acompañada de cierto perfil neuropsicológico diferente del de quienes no desarrollan intereses pedófilos) como en los casos de pedofilia adquirida por daño cerebral (que aparece como consecuencia de un evento cerebral concreto, como por ejemplo un tumor, que, aunque resulta muy poco frecuente, se suele resolver si se puede solventar el evento cerebral). Si bien los tribunales no demandan de forma imperativa la existencia de una anormalidad cerebral para afirmar la concurrencia de una anomalía o alteración psíquica, lo cierto es que existen investigaciones que apuntan a su presencia en ambas clases. En la del desarrollo, algunos estudios señalan que las personas con pedofilia parecen tener menos materia blanca cerebral en los lóbulos temporal y parietal, bilateralmente¹⁰² y otras alteraciones funcionales de las áreas frontal, temporal y límbica del cerebro¹⁰³. En el caso de la pedofilia adquirida por daños cerebrales, esta afectación resulta, como es obvio, más evidente¹⁰⁴. BURNS y SWERDLOW exponen, por ejemplo, el caso de un hombre de 40 años que durante dos años mostró interés en consumir imágenes abusivas de menores, sabiendo que estaba mal, pero sin que este conocimiento resultara suficiente para controlar sus acciones¹⁰⁵. El sujeto acabó cometiendo un delito contra la hija de su pareja y fue condenado. Tras una valoración neurológica, se descubrió que padecía un tumor cerebral que fue extirpado, desapareciendo a continuación sus intereses pedófilos. A los nueve meses de la operación comenzó a mostrar de nuevo interés en imágenes abusivas de menores, por lo que se le volvió a hacer una resonancia magnética y se descubrió la reaparición del tumor. La nueva desaparición de los síntomas tras la operación evidenció la causalidad del trastorno. Asimismo, FUMAGALLI, PRAVETTONI y PRIORI presentan el caso de un hombre de 71 años que, a los 63, empezó a manifestar una pedofilia no exclusiva con atracción por el sexo masculino como consecuencia de una lesión cerebral que tuvo 31 años antes¹⁰⁶.

No obstante, como se ha indicado, la estimación de la afectación a la imputabilidad del reo exige atender a otro requisito de carácter psicológico ligado a la existencia o de una perturbación de la capacidad cognitiva y/o volitiva del reo en el momento de comisión de los hechos como

¹⁰² CANTOR *et al.*, «Cerebral white matter deficiencies in pedophilic men», *Journal of Psychiatric Research*, (42-3), 2008, pp. 167 ss.; CANTOR *et al.*, «Diffusion Tensor Imaging of Pedophilia», *Archives of Sexual Behavior*, (44-8), 2015, pp. 2161 ss.

¹⁰³ TENBERGEN *et al.*, «The neurobiology and psychology of pedophilia: Recent advances and challenges», *Frontiers in Human Neuroscience*, (9), 2015, pp. 1 ss.

¹⁰⁴ CAMPERIO CIANI *et al.*, «Profiling acquired pedophilic behavior: Retrospective analysis of 66 Italian forensic cases of pedophilia», *International Journal of Law and Psychiatry*, (67), 2019; GILBERT/FOCQUAERT, «Rethinking responsibility in offenders with acquired paedophilia: Punishment or treatment?», *International Journal of Law and Psychiatry*, (38), 2015, pp. 51 ss.; SCARPAZZA *et al.*, «Idiopathic and acquired pedophilia as two distinct disorders: an insight from neuroimaging», *Brain Imaging and Behavior*, (15-5), 2021, pp. 2681 ss.

¹⁰⁵ BURNS/SWERDLOW, «Right orbitofrontal tumor with pedophilia symptom and constructional apraxia sign», *Archives of Neurology*, (60-3), 2003, pp. 437 ss.

¹⁰⁶ FUMAGALLI *et al.*, «Pedophilia 30 years after a traumatic brain injury», *Neurological Sciences*, (36-3), 2015, pp. 481 ss.

consecuencia de la anomalía o alteración. Esta exigencia es, como ya se ha anticipado, el factor que genera principalmente la disputa.

Así, en tercer lugar, a nivel psicológico, el hecho de que ninguna de las sentencias que conforman la muestra aprecie una eximente completa del primer párrafo del art. 20.1 CP como resultado de la pedofilia del reo apunta a la existencia de un consenso respecto a la ausencia de una perturbación plena de la capacidad del sujeto. Esta es, por otro lado, la opinión de la literatura¹⁰⁷, así como la posición habitual de la Sala de lo Penal del Tribunal Supremo en la mayoría de las sentencias que excluyen la modificación de la responsabilidad penal del acusado ante un diagnóstico de pedofilia. De este modo, la citada Sala ha señalado que los sujetos diagnosticados de pedofilia y otros trastornos sexuales «son libres de actuar al tener una capacidad de querer, de entender y obrar plenas» (STS 4221/1991, Penal, de 16 de julio¹⁰⁸; STS 1283/1997, Penal, de 24 de octubre; STS 558/2020, Penal, de 2 de julio¹⁰⁹), y que la pedofilia sólo podría afectar a la imputabilidad cuando fuera de carácter grave, siendo «sintomática de una psicosis o en las situaciones de pasión desbordada» (STS 4221/1991, Penal, de 16 de julio) o por ir asociada a otros trastornos relevantes (STS 1283/1997, Penal, de 24 de octubre; STS 478/2019, Penal, de 14 de octubre).

4.2. La afectación a la imputabilidad de los sujetos que padecen pedofilia adicional a otros trastornos y que han agredido sexualmente a menores

En los supuestos en que la pedofilia es comórbida a otros trastornos se observa cierto consenso en apreciar una eximente incompleta del art. 21.1 CP en relación con el primer párrafo del art. 20.1 CP. Aunque en la mayoría de las sentencias no se concreta el grado en el que la pedofilia afecta las capacidades cognitivas y volitivas, sí cabe observar que en ellas se considera que la capacidad volitiva está gravemente alterada (S18 y S29) o que tanto la capacidad cognitiva como la volitiva están significativamente alteradas (S8). Ahora bien, es perfectamente posible que en tales casos la perturbación de la capacidad del reo sea atribuible principalmente al trastorno comórbido y no a la propia pedofilia, por lo que parece oportuno verificar en qué medida ello puede ser así.

Los trastornos comórbidos más habituales en la muestra son los de personalidad, los adaptativos y la discapacidad intelectual. Respecto a los trastornos de personalidad, existen estudios que afirman que la mayoría de los agresores sexuales de menores presentan al menos un trastorno de personalidad y encuentran comorbilidad entre ciertos trastornos de personalidad y parafilias¹¹⁰. HÖRBURGER y HABERMEYER identifican también más trastornos parafilicos y de personalidad entre los agresores sexuales y exponen que es mayor la probabilidad de que quienes agreden sexualmente a menores sean diagnosticados de trastornos de personalidad del grupo C (por evitación (F60.6), dependiente (F60.7) y obsesivo-compulsivo (F60.5)) y pedofilia¹¹¹. Por su parte, la jurisprudencia española considera que la presencia de un trastorno de personalidad

¹⁰⁷ URRUELA MORA, *Imputabilidad penal y anomalía o alteración psíquica*, 2004, pp. 322 ss.

¹⁰⁸ STS 4221/1991, Penal, de 16 de julio (ECLI:ES:TS:1991:4221).

¹⁰⁹ STS 558/2020, Penal, de 2 de julio (ECLI:ES:TS:2020:6046A).

¹¹⁰ BOGAERTS *et al.*, «Personality disorders in a sample of paraphilic and nonparaphilic child molesters: A comparative study», *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, (52-1), 2008, pp. 21 ss.

¹¹¹ HÖRBURGER/HABERMEYER, «Zu den Zusammenhängen zwischen paraphilen Störungen, Persönlichkeitsstörungen und Sexualdelinquenz», *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, (14-2), 2020, pp. 149 ss.

puede alterar las capacidades cognitivas y volitivas del sujeto, especialmente si va acompañado de otro trastorno de entidad relevante, por lo que contempla su aplicación como atenuante analógica o eximente incompleta¹¹².

Respecto a la discapacidad intelectual, diversos estudios encuentran comorbilidad con las parafilias y, en concreto, con la pedofilia¹¹³. La doctrina penal suele referirse a esta condición con el término «oligofrenia» y coincide en afirmar que, en distintos grados según su intensidad, afecta a las capacidades cognitivas del sujeto por constituir una alteración cuantitativa de su inteligencia. De este modo, puede actuar como eximente completa, incompleta o atenuante por analogía según el grado de perturbación¹¹⁴.

Los trastornos adaptativos, por su parte, pueden encuadrarse en la categoría que el Derecho penal suele calificar como neurosis, considerando la literatura que, pese a su comparativa levedad, pueden llegar a actuar también como eximentes incompletas o atenuantes por analogía¹¹⁵.

Es llamativo que alguna de estas sentencias que cimentan en la concurrencia de varios trastornos adicionales a la pedofilia la disminución de la imputabilidad del reo invoquen la citada STS 1283/1997, Penal, de 24 de octubre, para ilustrar los casos de posible aplicación de la eximente incompleta. Como ya se indicó con anterioridad, esta resolución afirma la plena capacidad intelectual y volitiva de las personas con pedofilia, señalando, en concreto, que la pedofilia del acusado era «una orientación sexual congruente con el acto realizado, que no impedía ni limitaba su capacidad de actuar conforme a su conocimiento de la ilicitud de su acción». Este error de referenciado, al que ya se ha aludido en un momento anterior de este trabajo, propicia que sentencias posteriores (como la S5 y la S8 de la muestra) aleguen también de forma inexacta la referida STS 1283/1997, Penal, de 24 de octubre, como ejemplo de apreciación de la eximente incompleta. Es importante advertir de este error a fin de evitar que se perpetúe su reproducción en cascada y que se asiente una determinada opinión jurisprudencial en un antecedente incorrectamente interpretado.

En todo caso, puede observarse cómo las características y la consideración jurídico-penal de los trastornos comórbidos a la pedofilia que se hallan en la muestra permiten atribuir a aquéllos la afectación a la capacidad intelectual detectada y apreciada en las sentencias. Así las cosas, cobra especial importancia examinar los supuestos en los que la pedofilia se diagnostica sola, que no en vano son los que generan más discrepancias.

¹¹² LORENZO GARCÍA/AGUSTINA, *Política Criminal*, (11-21), 2016, p. 81; LORENZO GARCÍA *et al.*, *Revista Espanola de Medicina Legal*, (42-2), 2016, pp. 62 ss.

¹¹³ CANTOR *et al.*, «Quantitative reanalysis of aggregate data on IQ in sexual offenders», *Psychological Bulletin*, (131-4), 2005, pp. 555 ss.; CANTOR *et al.*, «Intelligence, Memory, and Handedness in Pedophilia», *Neuropsychology*, (18-1), 2004, pp. 3 ss; RICE *et al.*, «Sexual Preferences and Recidivism of Sex Offenders With Mental Retardation», *Sexual Abuse: Journal of Research and Treatment*, (20-4), 2008, pp. 409 ss.

¹¹⁴ MIR PUIG, *Derecho Penal. Parte General*, 10ª ed., 2015, p. 589; OBREGÓN GARCÍA/GÓMEZ LANZ, *Derecho Penal. Parte General*, p. 145; URRUELA MORA, *Imputabilidad penal y anomalía o alteración psíquica*, pp. 332 ss.

¹¹⁵ MIR PUIG, *Derecho Penal. Parte General*, 10ª ed., 2015, p. 591; OBREGÓN GARCÍA/GÓMEZ LANZ, *Derecho Penal. Parte General*, 3ª ed., 2023, pp. 145 ss.; URRUELA MORA, *Imputabilidad penal y anomalía o alteración psíquica*, 2004, pp. 279 ss.

4.3. La afectación a la imputabilidad de los sujetos exclusivamente con pedofilia y que han agredido sexualmente a menores

Pese a la opinión general de la Sala de lo Penal del TS contraria a la atribución a la pedofilia, por sí misma, de efectos sobre la capacidad intelectual y volitiva de los sujetos (STS 4221/1991, Penal, de 16 de julio; STS 1283/1997, Penal, de 24 de octubre, y STS 558/2020, Penal de 2 de julio), el análisis de las sentencias de la muestra evidencia cómo un diagnóstico único de pedofilia se ha estimado suficiente para apreciar una atenuante por analogía a la anomalía psíquica, con el argumento de que ésta afecta a la capacidad volitiva del sujeto en el momento de cometer los hechos. A tal efecto, las resoluciones aducen que la pedofilia influye en la capacidad del sujeto para controlar sus actos sexuales dirigidos hacia menores (S2, S15) «mediante los apropiados frenos o estímulos inhibitorios» (S1), como consecuencia de impulsos sexuales difíciles de controlar (S9, S12, S16). En la S6, de hecho, se menciona que la pedofilia «se caracteriza por un bajo control de su impulso sexual», al igual que en la S28 («falta de dominio de su voluntad, su pérdida de capacidad volitiva, lo que por cierto es una de las características de las conductas parafilicas»). Además, en los delitos de pornografía infantil se menciona habitualmente la incapacidad del sujeto para frenar el acceso y descarga de imágenes abusivas de menores, llegando a calificarse de «compulsivo» (S22, S23, S24). Tan solo en un caso se considera que las capacidades cognitivas y volitivas no se encontraban afectadas, sino «solo mermadas sus barreras de contención e inhibición», aplicándose por esto último la atenuante por vía analógica, pero no especificándose que ello equivalga a una merma en la capacidad volitiva (S3).

Como puede verse, en estas sentencias la atribución a la pedofilia de efectos atenuatorios de la responsabilidad penal aparece ligada a su supuesta conexión con una capacidad volitiva anormal a resultas de una incapacidad para controlar los impulsos o del carácter compulsivo de su comportamiento. Ambas afirmaciones, como se indicará a continuación, resultan controvertibles desde el punto de vista psicológico.

Con carácter general, ni el DSM ni las investigaciones científicas han encontrado dificultades unívocamente asociadas en la cognición, la regulación emocional o la conducta de las personas con trastornos parafilicos¹¹⁶. La literatura científica no concibe la pedofilia como un trastorno del control de impulsos¹¹⁷ ni considera la dificultad en el control de impulsos como un criterio diagnóstico de la misma. Tampoco parece que la concurrencia de agresión sexual a menores y un trastorno de control de los impulsos sea típico en esta población. En un estudio reciente sobre prevalencia de trastornos mentales en agresores sexuales encarcelados en Austria¹¹⁸, llevado a cabo con casi 1250 individuos a los que se evaluó empleando una entrevista diagnóstica que mide la presencia de múltiples trastornos del DSM-V, solo se encontró un trastorno del control de los impulsos en el 5.4% y 4.8% de los agresores sexuales de adultos y menores, respectivamente. De hecho, existen estudios que sostienen que los rasgos impulsivos no son predominantes en las personas con pedofilia en comparación con un grupo control y que el motivo por el que algunas

¹¹⁶ MOSER/KLEINPLATZ, *Annual Review of Clinical Psychology*, (16-1), 2020, pp. 81 ss. Vid. la reciente investigación desarrollada por ARA-GARCÍA *et al.*, «Neuroanatomical and Neurocognitive Differences Between the Executive Functions in Child Sexual Offenders: A Systematic Review», *Brain Sci*, (15-38), 2025, p. 18, que concluye que los pedófilos ofensores no difieren de los no pedófilos ofensores en la mayoría de las funciones ejecutivas, lo que lleva a la conclusión de que las alteraciones neurocognitivas presentes están asociadas con el acto delictivo y no con la parafilia.

¹¹⁷ COHEN *et al.*, «Impulsive personality traits in male pedophiles versus healthy controls: Is pedophilia an impulsive-aggressive disorder?», *Comprehensive Psychiatry*, (43-2), 2002, pp. 127 ss.

¹¹⁸ EHER *et al.*, *Acta psychiatrica Scandinavica*, (139-6), 2019, pp. 572 ss.

personas con pedofilia acaban cometiendo actos sexuales relacionados con menores tiene más que ver con la presencia de distorsiones cognitivas y mecanismos motivacionales que con dificultades en el control de los impulsos¹¹⁹.

A este respecto y con vistas a perfilar el tratamiento terapéutico adecuado, es cierto que BALTIERI y BOER identificaron dos grupos diferenciados de sujetos con pedofilia en los que advirtieron distintos niveles de impulsividad¹²⁰. Ahora bien, un mayor grado de impulsividad no es por sí mismo un criterio determinante para razonar sobre la incapacidad de control de los impulsos de estos sujetos ya que existen distintos tipos de impulsividad: atencional, motora y planificadora¹²¹. Según estos autores, que elaboraron el instrumento de medida de autoinforme más empleado para medición de la impulsividad en psicología, denominado BIS-11, la impulsividad atencional se caracteriza por una dificultad en la incapacidad de centrar la atención o concentrarse; la impulsividad motora se traduce en actuar sin pensar previamente y la impulsividad planificadora, en la falta de previsión del futuro. De estos tres tipos de impulsividad, quizá las que más interesan al Derecho penal en cuanto a la valoración de la imputabilidad se refiere, son las dos últimas: la motora, que justificaría una merma de la capacidad volitiva, dado que el sujeto encuentra dificultades para refrenar su conducta, y la impulsividad planificadora, que justificaría una merma en la capacidad cognitiva, dado que el sujeto encuentra dificultades para prever las consecuencias de sus actos.

En concreto, los agresores sexuales de menores diagnosticados de pedofilia presentan mayor impulsividad atencional que un grupo control¹²². En su estudio, los autores midieron la impulsividad a través del test BIS-11, cuestionario de autoinforme, y el CPT-II, un test con tareas objetivas llevado a cabo con ordenador, en tres poblaciones: sujetos autorrevelados como pedófilos, una población clínica con un diagnóstico de compulsividad sexual (más abajo se detallan características de este trastorno) y un grupo de población ordinaria. Encontraron que los índices totales de impulsividad eran casi idénticos en los tres grupos. Las únicas diferencias se encontraban en el control de la atención, donde los sujetos con pedofilia presentaban más dificultades que el resto, o perseveraban más en los errores¹²³. En consonancia con estos resultados, otro estudio reciente presentaba estímulos sexuales al mismo tiempo que una tarea cognitiva para medir la capacidad del sujeto para controlar su atención y dirigirla hacia la tarea en vez de hacia el estímulo sexual (un tipo de metodología experimental denominado «tarea de la distracción sexual»). A través de un aparato de seguimiento de la mirada denominado «eye tracker», los autores encontraron que el tiempo que tardaban las personas con pedofilia en posar su vista sobre las imágenes sexuales de menores era muy bajo¹²⁴. Es decir, presentaban una impulsividad atencional nuevamente mayor que el resto de los sujetos. Cuando se han llevado a cabo estudios para intentar medir de forma no autoinformada la impulsividad motora, como por ejemplo proponiendo tareas de detección de estímulos en los que hay que pulsar un botón (un tipo de metodología experimental denominado «tarea de go/no go»), no se han visto diferencias

¹¹⁹ COHEN *et al.*, *Comprehensive Psychiatry*, (43-2), 2002, pp. 127 ss.

¹²⁰ BALTIERI/BOER, «Two clusters of child molesters based on impulsiveness», *Revista Brasileira de Psiquiatria*, (37-2), 2015, pp. 139 ss.

¹²¹ STANFORD *et al.*, «Fifty years of the Barratt Impulsiveness Scale: An update and review», *Personality and Individual Differences*, (47-5), 2009, pp. 385 ss.

¹²² SAVARD *et al.*, «Impulsivity in Compulsive Sexual Behavior Disorder and Pedophilic Disorder», *Journal of Behavioral Addictions*, (10-3), 2021, pp. 839 ss.

¹²³ SAVARD *et al.*, *Journal of Behavioral Addictions*, (10-3), 2021, pp. 839 ss.

¹²⁴ JORDAN *et al.*, «Sexual interest and sexual self-control in men with self-reported sexual interest in children - A first eye tracking study», *Journal of Psychiatric Research*, (96), 2018, pp. 138 ss.

entre población con pedofilia, ya hubieran agredido sexualmente a un menor o no¹²⁵. Por tanto, si existe una impulsividad vinculada al diagnóstico de pedofilia, no aparece relacionada con las acciones que lleva a cabo el individuo o con su capacidad para controlarlas, sino en todo caso con la atención que presta a los estímulos. En el orden penal –y, en particular, a la hora de valorar la imputabilidad del individuo–, la cuestión en los casos de agresión sexual a menores estriba en determinar si este tipo de impulsividad atencional afecta a la voluntad del sujeto para no agredir. Las investigaciones mencionadas apuntan claramente que este tipo de impulsividad no determina una merma en las capacidades cognitivas y volitivas, sino que describe, en todo caso, una intensidad evidente en la preferencia por estímulos sexuales acordes con sus gustos. Seguramente, este tipo de impulsividad atencional podría resultar más relevante en los supuestos de sujetos consumidores de material abusivo de menores, ya que la presentación de manera audiovisual requiere por parte del sujeto la atención en el visionado, que podría ser intensa y con dificultad para cambiar de foco hacia otros estímulos no sexuales.

Es cierto que el DSM-5 identifica como criterio diagnóstico A del trastorno de pedofilia la presencia de «durante un período de al menos seis meses, excitación sexual intensa y recurrente derivada de fantasías, deseos sexuales irrefrenables o comportamientos que implican la actividad sexual con uno o más niños prepúberes (generalmente menores de 13 años) ». Cabría formular como hipótesis que el empleo en la descripción de este criterio de la locución «deseos sexuales irrefrenables» podría sugerir que el pedófilo sufre una dificultad en el control del impulso sexual y, por tanto, una disminución de la capacidad volitiva. No obstante, debe tenerse en cuenta, en primer lugar, que el término «irrefrenables» (precisamente el que incorpora semánticamente la imposibilidad de control) no aparece en la versión original en inglés del manual, que alude a la concurrencia de «*sexual urges*», expresión que, si bien tiene como referencia un deseo de cierta intensidad («*a strong desire to do something*»), en ningún momento denota la imposibilidad de refrenar tal deseo.

Si a ello se añade la consideración cumulativa del criterio diagnóstico B recogido en el DSM-5, la inferencia que asocia a la pedofilia la falta de control de impulsos resulta seriamente cuestionable. El citado criterio B consiste en que el individuo haya «cumplido estos deseos sexuales irrefrenables» o que tales «deseos irrefrenables o fantasías sexuales» causen «malestar importante o problemas interpersonales» y, como señala la literatura, tener determinadas fantasías o intereses sexuales no implica su puesta en práctica¹²⁶. Existen condicionantes sociales, de compromiso y morales que pueden servir de barrera para que el individuo no actúe conforme a su deseo. Ejemplo de esta posibilidad son las personas célibes, que deciden voluntariamente no mantener relaciones sexuales por motivos personales o vocación religiosa, o los llamados pedófilos virtuosos, que reconocen su propia pedofilia, pero se comprometen a no llevar a cabo sus deseos al ser conscientes de las graves consecuencias que ello podría tener para un menor¹²⁷. A este respecto, pueden ser ilustrativos los resultados alcanzados por el varias veces citado Proyecto *Dunkelfeld*, que, como se expuso con anterioridad en la Introducción, defiende que no se puede evitar sentir atracción sexual hacia los menores, pero sí controlar el propio comportamiento sexual.

¹²⁵ GIBBELS *et al.*, «Two Sides of One Coin: A Comparison of Clinical and Neurobiological Characteristics of Convicted and Non-Convicted Pedophilic Child Sexual Offenders», *Journal of Clinical Medicine*, (8-7).

¹²⁶ BEIER, *Journal of Sexual Medicine*, (15-8), 2018, pp. 1065 ss.; MOSER, *Archives of Sexual Behavior*, (45-3), 2016, pp. 505 ss.; SCHIPPERS *et al.*, *Aggression and Violent Behavior*, (69-1), 2023, pp. 1 ss.

¹²⁷ NIELSEN *et al.*, *Sexualities*, (25-5/6), 2022, pp. 598 ss.; STEVENS/WOOD, *Journal of Child Sexual Abuse*, (28-8), 2019, pp. 968 ss.; WALKER, *A Long, Dark Shadow*, 2021, pp. 3 ss.

El término *dunkelfeld* significa «campo oscuro» en alemán y se adoptó como designación del proyecto para hacer referencia a todos los delitos de agresiones sexuales a menores y pornografía infantil que quedan en la sombra, sin conocimiento de las autoridades¹²⁸. El proyecto, al que se hizo antes alusión al presentar la opinión clínica que concibe la pedofilia como una orientación sexual, tiene como objetivo prevenir este tipo de delitos ofreciendo terapia a personas que reconocen su pedofilia, sienten malestar y buscan tratamiento por miedo a pasar a la acción o a volver a hacerlo en caso de que ya haya sucedido¹²⁹. El tratamiento se lleva a cabo mediante el programa *Berlin Dissexuality Therapy Program* (BEDIT), de formato grupal y sesiones semanales de unos 45-50 minutos durante doce meses¹³⁰. El proyecto lleva desde entonces en activo y parece estar obteniendo buenos resultados. En concreto, BEIER expone que, a lo largo de un año de tratamiento, los participantes aprendieron a manejar mejor su sexualidad mediante el uso de técnicas cognitivo-conductuales, la aceptación de sus preferencias sexuales como parte de su identidad y tratamiento farmacológico, los tres pilares del programa BEDIT¹³¹. Del mismo modo, BEIER y su equipo encontraron en 2015 que, tras el tratamiento, los participantes mostraron una disminución en el aislamiento, las estrategias de afrontamiento orientadas por la emoción, los déficits en la empatía emocional con las víctimas, las actitudes de apoyo al abuso, los déficits en autoeficacia y la preocupación por el sexo, siendo estos cambios estables en el tiempo y demostrando que es posible modificar los factores de riesgo dinámicos a través de tratamiento¹³².

Seguramente los resultados del proyecto *Dunkelfeld* demuestran que las personas con pedofilia que se someten a terapia pueden aprender, entre otras cosas, a controlar sus impulsos sexuales, pero ello no permite concluir que, en ausencia de terapia, esa capacidad de control esté ausente en todas las personas con pedofilia.

4.4. Otros posibles trastornos que pueden afectar a la imputabilidad de los sujetos que agreden sexualmente a menores

Existe un trastorno definido que sí perturba los impulsos sexuales, sean estos dirigidos a menores o a adultos, si bien en la actualidad solo aparece recogido por la CIE-11 en la sección de trastornos del control de impulsos y no por el DSM-5: se trata del Trastorno de Conducta Sexual Compulsiva, denominación que se reserva para quienes presentan un patrón persistente de incapacidad para controlar impulsos o pulsiones en el ámbito sexual. Para este trastorno sí se ha registrado una relación con la impulsividad¹³³ similar a la presente en trastornos adictivos¹³⁴. Esta categoría diagnóstica, en ocasiones confundida con la hipersexualidad¹³⁵, sería similar a la

¹²⁸ BEIER *et al.*, en BEIER (ed.), *Pedophilia, Hebephilia and Sexual Offending against Children*, 2021, pp. 43 ss.; BEIER, «Preventing Child Sexual Abuse-The Prevention Project Dunkelfeld», *Journal of Sexual Medicine*, (15-8), 2018, pp. 1065 ss.; BEIER *et al.*, *Child Abuse and Neglect*, (33-8), 2009, pp. 545 ss.; BEIER *et al.*, «The German Dunkelfeld Project: A Pilot Study to Prevent Child Sexual Abuse and the Use of Child Abusive Images», *Journal of Sexual Medicine*, (12-2), 2015, pp. 529 ss.

¹²⁹ BEIER *et al.*, en BEIER (ed.), *Pedophilia, Hebephilia and Sexual Offending against Children*, 2021, pp. 43 ss.; BEIER, *Journal of Sexual Medicine*, (15-8), 2018, pp. 1065 ss.; HERRERO MEJÍAS, *Agresores sexuales*, 2018, pp. 182 ss.

¹³⁰ BEIER *et al.*, en BEIER (ed.), *Pedophilia, Hebephilia and Sexual Offending against Children*, 2021, pp. 43 ss.

¹³¹ BEIER, *Journal of Sexual Medicine*, (15-8), 2018, pp. 1065 ss.

¹³² BEIER *et al.*, *Journal of Sexual Medicine*, (12-2), 2015, pp. 529 ss.

¹³³ BÖTHE *et al.*, «Revisiting the role of impulsivity and compulsivity in problematic sexual behaviors», *The Journal of Sex Research*, (56-2), pp. 166 ss.

¹³⁴ GRUBBS *et al.*, «Sexual addiction 25 years on: A systematic and methodological review of empirical literature and an agenda for future research», *Clinical Psychology Review*, (82), 2020.

¹³⁵ El Trastorno de Conducta Sexual Compulsiva de la CIE-11 no es equivalente al Trastorno de Hipersexualidad, si bien ambos comparten características comunes, como el uso compulsivo de la conducta sexual. La literatura

adicción al sexo, pero en tanto que podría aparecer dirigida tanto a menores como a adultos, se trataría de un trastorno diferente a y disociable de la pedofilia¹³⁶. Además, y de forma notable, entre los criterios para padecer un Trastorno de Conducta Sexual, se encuentra que el deseo o la conducta sexual se conviertan en el eje central de la vida de la persona hasta el punto de que desatiende su salud, intereses o responsabilidades¹³⁷; quien lo padece ha llevado a cabo esfuerzos en vano por reducir la conducta y, además, realiza respuestas sexuales repetitivas incluso cuando se deriva de ellas poca o nula satisfacción. Como puede verse, todos estos criterios representan un desbordamiento en la persona, característico de la falta del control de impulsos. Así pues, la voluntad queda mermada y el sujeto persiste en las acciones pese a las consecuencias negativas que de ellas se derivan. Por tanto, la afectación de la capacidad volitiva es evidente.

Aunque el Trastorno de Conducta Sexual Compulsiva presenta algunos rasgos similares a los de las personas con pedofilia, las diferencias clínicas son notables. En ocasiones, la centralidad vital del deseo o la conducta sexual es observable en la persona con pedofilia. No obstante, ello suele estar más relacionado con la ubicuidad de estímulos sociales de carácter infantil que el sujeto no puede evitar (ej., escuelas, menores en la calle, noticias), ubicuidad que, unida a la naturaleza prohibida de la conducta, al carácter permanente e inmodificable de este interés sexual y al rechazo social que genera, puede provocar que la persona afectada vivencie su deseo de manera persistente. Ahora bien, no todas las personas con pedofilia intentan detener sus deseos ni la insatisfacción está siempre presente tras la agresión sexual; antes al contrario, podrían dedicar esfuerzos para buscar material abusivo, escribir material excitante, encontrar maneras legales de estar en contacto con menores u otras personas con su mismo interés sexual para compartir material, así como podrían sentir satisfacción tras cometer y al recordar la agresión sexual. En estos casos, no sólo no resulta evidente la afectación de la capacidad volitiva, sino que no habría ningún obstáculo para que esta se hallara inalterada.

En este sentido, abundan los casos en los que las sentencias de la muestra acuden al concepto de «compulsión» para definir la pedofilia («pedofilia voyerista de carácter compulsivo» en S22; «pedofilia junto con un componente compulsivo» en S23; «actividad compulsiva y poco controlada en lo que se refiere al acceso, descarga y almacenamiento de ficheros con contenido sexual en el que participan menores de edad» en S24), en los que tal vez habría resultado pertinente explorar la presencia de un Trastorno Compulsivo de la Conducta Sexual. En otros casos, el trastorno comórbido es relacionado con rasgos de personalidad compulsivos (S28) u obsesivo-compulsivos (S25), siendo todos de delitos de pornografía infantil. En estas sentencias,

científica, no obstante, ha detallado sus disparidades, destacando las siguientes diferencias significativas entre los criterios de la hipersexualidad (HI) y los del trastorno de conducta sexual (TCS) «(1) el papel de la conducta sexual como estrategia desadaptativa de afrontamiento y regulación de las emociones, que aparece en los criterios para la HI pero no en los del TCS; (2) los diferentes criterios de exclusión que incluyen los trastornos bipolares y por uso de sustancias en la HI pero no en el TCS, y (3) la inclusión de nuevas consideraciones en el TCS, como la incongruencia moral (como criterio de exclusión), y la disminución del placer de la actividad sexual» (GOLA *et al.*, «What should be included in the criteria for compulsive sexual behavior disorder?», *Journal of Behavioral Addictions*, (11-2), 2022, pp. 160 ss.).

¹³⁶ Aun cuando la muy reciente investigación de BERGNER-KOETHER *et al.*, «The Relevance of Hypersexuality and Impulsivity in Different Groups of Treatment-Seekers With and Without (Exclusive) Pedophilia», *Sexual Abuse*, (0-0), 2024, pp. 1 ss., sugiere una mayor prevalencia general de la hipersexualidad entre los pacientes con pedofilia, establece con claridad cómo la pedofilia y la hipersexualidad son, en su caso, dos factores motivadores diferentes de la conducta del sujeto.

¹³⁷ Un ejemplo de este criterio es el de quien colecciona de manera compulsiva material abusivo sexual infantil y dedica para ello una notable parte de horas del día a conectarse a Internet, buscar el material, almacenarlo, visualizarlo y excitarse con su contemplación, de manera que acaba resultando incompatible con el mantenimiento de un trabajo, un ocio o relaciones saludables con otras personas.

se argumenta que el sujeto «carece de recursos para frenar su impulso al visionado de imágenes de carácter sexual de menores» (S22) y que los marcados rasgos obsesivo-compulsivos no llegan a calificarse como trastorno, pero «le conducen a mirar y mirar fotos del tipo indicado como único medio de calmar sus pensamientos» (S25).

En efecto, algunos estudios citados encuentran rasgos compulsivos en personas con pedofilia¹³⁸, pero esos rasgos tampoco se han consolidado como criterio diagnóstico del trastorno de pedofilia. Sí existe constancia de la existencia de un trastorno obsesivo-compulsivo (F42) con temática de pedofilia (TOC-P), en el que las personas tienen pensamientos intrusivos sobre sentirse atraídas por menores y cometer actos sexuales con ellos (componente obsesivo) que les generan gran malestar, por lo que llevan a cabo (componente compulsivo) conductas repetitivas e ilógicas para reducir su malestar¹³⁹. La confusión entre TOC-P y trastorno de pedofilia es habitual en la práctica clínica, por lo que no es descartable que en algunos casos este error de diagnóstico se manifieste en la valoración de la imputabilidad penal¹⁴⁰. Existe, no obstante, una diferencia fundamental: quien tiene TOC-P suele tener un pensamiento intrusivo, esto es, uno que no puede evitar tener, en este caso relacionado con la pedofilia (ej., al sujeto se le aparece e impone la idea de que podría tocar a un niño con fines sexuales), mientras que la persona con pedofilia busca activamente recordar o crear esas imágenes. En la persona con TOC-P, la irrupción de este pensamiento causa una cadena de metacogniciones, esto es, de reflexiones sobre su pensamiento, en los que la persona se cuestiona a sí misma y se dirige pensamientos negativos (ej., «soy un agresor», «debo de tener pedofilia»), que son los que le causan malestar intenso y le llevan a conductas, esto es, compulsiones, con el fin de intentar evitar aquellos estímulos relacionados con los pensamientos intrusivos que ha tenido (ej., evitar lugares con menores) o de calmarse mediante la realización de una serie de ritos supersticiosos a los que se atribuye la capacidad de apaciguar tales pensamientos (ej., subir escaleras, dañarse físicamente).

4.5. Afectación a la imputabilidad cuando los intereses pedófilos se hallan circunscritos a una causa orgánica

La posibilidad de apreciar el efecto psicológico necesario para apreciar la atenuante analógica o la eximente incompleta se incrementa, sin duda, cuando la pedofilia es el resultado de un problema orgánico subyacente. Tal es el caso de la S8, donde se indica que el sujeto padece «un deterioro orgánico y funcional cerebral que potencia un trastorno de la inclinación sexual (parafilia tipo pedofilia)», disminuyendo sus capacidades volitivas y cognitivas. El trastorno en este caso es una «cerviartrrosis evolucionada con mielopatía cervical» y se encuentra acompañada de un trastorno esquizoafectivo de tipo bipolar. En este caso, a la perturbación que puede derivarse de la afectación orgánica se une que el citado «trastorno esquizoafectivo de tipo bipolar» se corresponde con una psicosis dentro de la clasificación tradicional y, como ya se ha indicado, éstas se consideran como las anomalías psíquicas más graves y, generalmente, actúan como eximentes completas o incompletas¹⁴¹. En realidad, la S8 puede considerarse un supuesto

¹³⁸ COHEN *et al.*, *Comprehensive Psychiatry*, (43-2), 2002, pp. 127 ss.; HÖRBURGER/HABERMEYER, *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, (14-2), 2020, pp. 149 ss.

¹³⁹ BONAGURA *et al.*, «Diagnostic Differential Between Pedophilic-OCD and Pedophilic Disorder: An Illustration with Two Vignettes», *Archives of Sexual Behavior*, (51-4), 2022, pp. 2359 ss.; BRUCE *et al.*, «Pedophilia-Themed Obsessive-Compulsive Disorder: Assessment, Differential Diagnosis, and Treatment with Exposure and Response Prevention», *Archives of Sexual Behavior*, (47-2), 2018, pp. 389 ss.

¹⁴⁰ BONAGURA *et al.*, *Archives of Sexual Behavior*, (51-4), 2022, pp. 2359 ss.

¹⁴¹ MIR PUIG, *Derecho Penal. Parte General*, 10ª ed., 2015, p. 588; OBREGÓN GARCÍA/GÓMEZ LANZ, *Derecho Penal. Parte General*, 3ª ed., 2023, p. 144.

de pedofilia acompañado de otro trastorno que es realmente el determinante de la imputabilidad parcial del reo.

En todo caso, en los supuestos de pedofilia adquirida a los que antes se hizo referencia, las lesiones cerebrales suelen tener lugar especialmente en las regiones relacionadas con el control de los impulsos y la cognición social, haciendo que estas habilidades se encuentren deterioradas¹⁴². Por tanto, ante una pedofilia adquirida, con causa orgánica y sobrevenida, la identificación de una alteración de las capacidades cognitivas o volitivas y la consiguiente aplicación de una eximente o atenuante resulta mucho más viable. La posibilidad de aplicar en estos casos una medida de seguridad si se advierte que el sujeto es criminalmente peligroso constituye un argumento adicional, en la medida en que es una de las propuestas que, en supuestos de estas características, propugna la literatura científica¹⁴³.

4.6. La relevancia de la prueba pericial en la resolución sobre la imputabilidad de sujetos con pedofilia que agreden sexualmente a menores

A la vista de cuanto se ha indicado, resulta difícil no hallar paralelismos entre la controversia jurisprudencial respecto del tratamiento que debe dispensarse al diagnóstico único de pedofilia y el debate relativo a la respuesta penal que merecen los casos de psicopatía. Tanto en uno como en otro caso es posible hallar en la jurisprudencia una tesis general mayoritaria (que afirmar la falta de afectación a la capacidad cognitiva y volitiva del sujeto) que se exceptúa en algunos casos incluso en presencia de un diagnóstico único de la condición. Como ha señalado la literatura¹⁴⁴, la falta de resolución de la disputa científica en el campo de la psicología no puede sino provocar desconcierto en los tribunales, que llega a manifestarse en algunos casos incluso en la forma de nombrar a la pedofilia (ej., «trastorno de personalidad de tipo pedofílico» en S2 y S16).

Ante la falta de consenso a nivel clínico, adquiere relevancia decisiva la prueba pericial practicada, toda vez que se trata de una cuestión compleja que excede, como es lógico, el conocimiento técnico del tribunal (STSJ Extremadura 20/2020, Civil y Penal, de 12 de junio¹⁴⁵). El psicólogo o psiquiatra especialista sirve en este punto de auxiliar del órgano jurisdiccional correspondiente para facilitar la labor de tomar una decisión respecto a cómo interpretar y valorar los hechos, sin perjuicio de que la resolución última descansa en el juez (STS 304/2010, Penal, de 29 de marzo¹⁴⁶). Ello convierte en especialmente recomendable que el perito maneje con cuidado tres aspectos: por una parte, la demostración objetiva de la presencia de pedofilia en el individuo entrevistado; por otra parte, la asociación entre el diagnóstico de pedofilia y el trastorno de control de impulsos y, por último, la adquisición de cierta familiaridad con el nivel de perturbación de la capacidad intelectual y volitiva del sujeto que puede legitimar una atenuación –aunque sea la vinculada a la atenuante analógica del art. 21.7 CP– de la responsabilidad penal.

¹⁴² SCARPAZZA *et al.*, *Brain Imaging and Behavior*, (15-5), 2021, pp. 2681 ss.

¹⁴³ GILBERT/FOCQUAERT, *International Journal of Law and Psychiatry*, (38), 2015, pp. 51 ss.

¹⁴⁴ GÓMEZ LANZ/HALTY BARRUTIETA, *Derecho y Salud*, (26 extraord.), 2016, p. 86; POZUECO ROMERO *et al.*, *Cuadernos de Medicina Forense*, (17-4), 2011, pp. 175 ss.

¹⁴⁵ STSJ Extremadura 20/2020, Civil y Penal, de 12 de junio (ECLI:ES:TSJEXT:2020:559).

¹⁴⁶ STS 304/2010, Penal, de 29 de marzo (ECLI:ES:TS:2010:1974).

a. *Dificultades periciales en la evaluación del diagnóstico de la pedofilia*

La evaluación de la presencia de pedofilia en un sujeto inmerso en un contexto forense adquiere especial relevancia en la valoración de su imputabilidad toda vez que la precisión y certeza del diagnóstico pueden condicionar la credibilidad de las conclusiones periciales acerca tanto de la capacidad atribuida al imputado como de la justificación de adoptar determinadas decisiones sobre la atenuación de la responsabilidad penal o la aplicación de medidas de seguridad. Ahora bien, dado que la pedofilia –en tanto que interés sexual– pertenece a un ámbito privado por excelencia (el de la intimidad y preferencias sexuales del sujeto), resulta difícil demostrar de una manera objetiva su presencia a través de técnicas de evaluación clínica, especialmente en un contexto forense en el que el evaluado puede estar motivado para ocultarla o exaltarla, según la estrategia de defensa que haya adoptado.

En los últimos años, dos autores españoles, HERRERO y NEGREDO, han abordado precisamente esta cuestión¹⁴⁷; tras recoger las principales investigaciones internacionales¹⁴⁸, señalan cómo, dentro de las técnicas disponibles para evaluar el interés sexual, los autoinformes –esto es, las pruebas en las que se pide al sujeto que responda según su opinión y carácter a una serie de ítems– no tienen una capacidad discriminativa alta y resultan fácilmente manipulables, ya que el sujeto puede aprender cómo responderlos o hacerlo de una manera acorde a sus intereses o a la imagen proyectada que desea dar de sí mismo. Si bien este tipo de mediciones puede incluir escalas estadísticamente probadas que acrediten la fiabilidad, validez o aquiescencia de las respuestas del sujeto, resultan difíciles de implementar cuando se emplean para evaluar circunstancias del ámbito sexual. Además, es preciso que los cuestionarios se traduzcan de forma cabal al idioma en el que se van a emplear y resulten baremados en una muestra de población suficiente, dado que culturalmente puede haber diferencias en los puntos de corte o en los tipos de respuesta. El hecho de que no exista actualmente una traducción verificada al castellano de los autoinformes de medición del interés sexual en menores, junto con los problemas ya descritos de esta técnica, aconseja evaluar el diagnóstico de pedofilia a través de otras mediciones de carácter indirecto o dependientes de procesos automáticos, es decir, que activen el sistema autónomo del individuo o que no requieran de la plena conciencia del sujeto. Dentro de esas otras técnicas se encuentran, entre otras, la pletismografía peneana y el –menos invasivo– empleo del *eye-tracker*.

La pletismografía peneana consiste en la colocación de un aparato en los genitales externos del varón para medir la activación del pene ante la exposición del individuo a imágenes sexuales relacionadas y no relacionadas con su supuesto interés sexual; la respuesta autónoma del sujeto ante un estímulo sexual frente al que muestra preferencia hará que la pletismografía sea positiva en sujetos pedófilos ante estímulos sexuales donde aparezcan menores¹⁴⁹. Esta prueba puede ser falseada por sujetos que sean capaces de evadirse cognitivamente de las imágenes expuestas o proporcionar falsos negativos ante la manifestación explícita de una respuesta sexual en un contexto forense donde el sujeto puede sentirse incómodo, invadido u observado, anulando así su respuesta sexual espontánea. Además, la elección de los estímulos expuestos puede también condicionar la respuesta fisiológica del individuo¹⁵⁰. Otras mediciones menos invasivas requieren

¹⁴⁷ HERRERO/NEGREDO, «Evaluación del interés sexual hacia menores», *Anuario de Psicología Jurídica*, (26), 2016, pp. 30 ss.

¹⁴⁸ En particular, la de KALMUS/BEECH, «Forensic assessment of sexual interest: A review», *Aggression and Violent Behavior*, (10-2), 2005, pp. 193 ss.

¹⁴⁹ Cfr. sobre el empleo de esta técnica, SETO, *Pedophilia and sexual offending against children*, 2018, pp. 45 ss.

¹⁵⁰ HERRERO/NEGREDO, *Anuario de Psicología Jurídica*, (26), 2016, p. 35.

del ya mencionado *eye-tracker* o aparato de seguimiento visual y medición de la dilatación pupilar, bajo la hipótesis de que la atención del individuo se dirige automáticamente a estímulos sexuales que son de su preferencia y ante ellos se dilata su pupila, de forma que los individuos con pedofilia dirigirán su mirada en mayor medida a estímulos sexuales donde aparezcan menores y dilatarán más la pupila al visionarlos. Como se ha visto más arriba, esta técnica ya se ha empleado en estudios experimentales¹⁵¹ y, de hecho, gracias al *eye-tracker* se ha comprobado, con una sensibilidad del 86,4% y una especificidad del 90%, que las personas con pedofilia dirigen la mirada antes y durante más tiempo hacia estímulos infantiles que el resto de los grupos¹⁵².

Así pues, no existe actualmente un instrumento de medición objetiva único y unívoco para demostrar la presencia del diagnóstico de pedofilia en un individuo, si bien una batería multimétodo con presencia de medidas indirectas puede ser la opción más deseable para la evaluación. Como puede comprobarse, si la valoración de la imputabilidad resulta en sí misma controvertida, el paso previo –el diagnóstico certero de la pedofilia– presenta también obstáculos periciales que pueden condicionar el resto del informe sobre la imputabilidad del sujeto.

b. Dificultades periciales en la valoración de la imputabilidad en sujetos con pedofilia

La dependencia radical de la decisión judicial de los informes periciales se advierte con claridad en varias de las sentencias examinadas. Aunque en más de la mitad se alude a los informes periciales, tanto de psicólogos como de médicos y psiquiatras, sólo en algunas se concreta cómo afecta el diagnóstico pericial a la capacidad cognitiva y volitiva del sujeto (por ejemplo, en la S13 se concluye diciendo que están abolidas «las bases biológicas de la imputabilidad [conocimiento y voluntad]»). En otras, sin embargo, el tribunal manifiesta su dificultad para adoptar una decisión a partir del informe pericial. Así, en la S22 el tribunal considera que el informe pericial «no proporciona un criterio adecuado para valorar la intensidad de la merma de la capacidad de inhibición, que no puede suponerse total ni muy elevada», por lo que simplemente aplica la atenuante por analogía. En la S24 se recurre a tres especialistas cuyas opiniones no concuerdan, apreciando uno que el sujeto presenta una «disminución intensa de su capacidad volitiva, relevante y determinante, mientras el resto de los especialistas (psicóloga y psiquiatras) no le atribuyen tal intensidad», aplicando el juez la atenuante analógica. Por último, en la S27 el perito expone que solo está alterado el control de los impulsos, no pudiendo el sujeto «frenarse al 100%», teniendo un «escaso control», pero cuando se le pregunta por una mayor concreción, responde «que no hay una vara de medir», por lo que el tribunal considera que no queda probado que la alteración en la capacidad volitiva sea intensa y se aplica una atenuante analógica.

Así, dado que la relevancia que se le concede al informe forense es notoria, cabe exigir al especialista que emite un informe pericial un particular escrúpulo: por una parte, si la pedofilia aparece junto con otros trastornos y se advierte que son estos últimos los que dan lugar a la alteración de la capacidad del sujeto, la mención de la pedofilia como apoyo de esta última parece poco acertada. Esta cautela no solo mejoraría la fundamentación de la resolución judicial, sino que evitaría la difusión de mitos no acreditados. En este estudio se han recogido ejemplos jurisprudenciales que acreditan este rigor. Así, la SAP Álava 236/2013, Sección Segunda, de 16 de

¹⁵¹ JORDAN *et al.*, *Journal of Psychiatric Research*, (96), 2018, pp. 138 ss.

¹⁵² FROMBERGER *et al.*, «Diagnostic accuracy of eye movements in assessing pedophilia», *Journal of Sexual Medicine*, (9-7), 2012, pp. 1885 ss.

julio¹⁵³ y la SAP Madrid 228/2012, Sección Trigésima, de 8 de junio¹⁵⁴, señalan que el sujeto acusado presenta pedofilia junto con discapacidad intelectual leve, pero explicitan que la pedofilia no afecta a sus capacidades y que la aplicación de la atenuante analógica se aplica exclusivamente por la discapacidad intelectual. Es también el caso de la STS 558/2020, Penal, de 2 de julio, que indica taxativamente que la pedofilia «solo será reprochable cuando se manifieste con actos que lesionen la libertad sexual de otros» y que «su trascendencia a efectos de determinar su culpabilidad vendrá determinada por su capacidad de entender la ilicitud de sus actos y de controlar sus impulsos, ni más ni menos que lo ponderable en la mayoría de las personas que sienten atracción homosexual o heterosexual con adultos y la manifiestan sin lesionar su libertad sexual». Por otra parte, si la pedofilia es el único trastorno bajo el cual se esgrime la merma de la imputabilidad del sujeto, el informe pericial debe determinar de forma cierta y exhaustiva la medida en que tal diagnóstico afecta a las capacidades volitivas del sujeto, dado que la imposición de una etiqueta diagnóstica concreta no implica, de acuerdo con el modelo de imputabilidad subyacente al art. 20.1 CP, una disminución de esta última.

De esta advertencia da buena cuenta el propio manual DSM5 cuando, en la «Declaración cautelar para el empleo forense», señala que «en la mayoría de los casos, el diagnóstico clínico de un trastorno mental del DSM-5, como una discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual), una esquizofrenia, un trastorno neurocognitivo mayor, una ludopatía o una pedofilia, no implica que un individuo con dicha afección cumpla los criterios legales de existencia de un trastorno mental ni los de una norma legal concreta (por ejemplo, competencia, responsabilidad criminal o discapacidad). Para esto último acostumbra a ser necesaria más información que la que contiene el diagnóstico del DSM5, como podría ser información sobre el deterioro funcional del individuo y sobre la forma en la que este afecta a las determinadas capacidades en cuestión. Precisamente por el hecho de que los impedimentos, capacidades y discapacidades pueden variar mucho dentro de cada categoría diagnóstica, la atribución de un diagnóstico concreto no implica un grado específico de desequilibrio o discapacidad».

No se trata de una cuestión menor; las personas con pedofilia, independientemente de que hayan pasado o no a la acción, sufren un estigma y un rechazo social que aumenta el riesgo de que acaben actuando: su salud mental empeora, se aíslan socialmente y no piden ayuda, a pesar de estar en riesgo de cometer un delito y dañar gravemente a un menor, por el miedo a ser rechazados por los profesionales del ámbito clínico¹⁵⁵. Además, es común que sientan vergüenza de sí mismos, por percibirse como «malas personas»¹⁵⁶. A este respecto, JAHNKE ha insistido en la utilidad de hacer conscientes a los psicoterapeutas e investigadores de la responsabilidad que tienen cuando divulgan sobre la pedofilia¹⁵⁷, y que se hace extensible a los expertos forenses, especialmente respecto a que la misma, como atracción sexual hacia los menores, no implica necesariamente el paso a la acción.

¹⁵³ SAP Álava 236/2013, Sección Segunda, de 16 de julio (ECLI:ES:APVI:2013:806).

¹⁵⁴ SAP Madrid 228/2012, Sección Trigésima, de 8 de junio (ECLI:ES:APM:2012:8695).

¹⁵⁵ JAHNKE, *European Psychologist*, (23-2), 2018, pp. 144 ss.; LEVENSON *et al.*, «Obstacles to Help-Seeking for Sexual Offenders: Implications for Prevention of Sexual Abuse», *Journal of Child Sexual Abuse*, (26-2), 2017, pp. 99 ss.; WALKER, *A Long, Dark Shadow*, 2021, pp. 130 ss.

¹⁵⁶ GRADY *et al.*, «“I can’t talk about that”: Stigma and fear as barriers to preventive services for minor-attracted persons», *Stigma and Health*, (4-4), 2019, pp. 400 ss.

¹⁵⁷ JAHNKE, *European Psychologist*, (23-2), 2018, pp. 144 ss.

4.7. Limitaciones del presente estudio

Para finalizar, en pro de la transparencia científica, conviene señalar que este trabajo no está exento de limitaciones. En primer lugar, hay que tener en cuenta el tamaño de la muestra, que podría influir en la generalización de los resultados. En segundo lugar, aunque algunas sentencias recojan extractos de los informes periciales empleados para basarse en la elección de la circunstancia modificativa, no se puede acceder a ellos a texto completo, lo que podría también influir sobre la generalización de resultados. En tercer lugar, la falta de consenso en el ámbito clínico respecto a la conceptualización de la pedofilia puede haber repercutido en que el mero hecho de haber cometido un delito de agresión sexual a menores o de pornografía infantil haya determinado por sí mismo el diagnóstico de pedofilia. Por último, queda pendiente como investigación complementaria el análisis de los argumentos aducidos por las sentencias que rechazaron apreciar la pedofilia como circunstancia modificativa de la responsabilidad penal.

5. Conclusiones

A nuestro juicio, la Sala de lo Penal del Tribunal Supremo acierta al optar por valorar cada caso de forma individual según su gravedad (STS 558/2020, Penal, de 2 de julio; S5), sin fijar criterios inamovibles en la consideración de la pedofilia. No obstante, a lo largo del presente estudio se han mostrado una serie de realidades clínicas innegables que es necesario precisar cuando en este contexto se realizan valoraciones sobre la imputabilidad del reo:

- (i) La prevalencia de pedofilia en agresores sexuales de menores oscila entre un tercio y la mitad de los individuos. Esto implica que no todas las personas que agreden sexualmente a menores tienen pedofilia, así como que no todas las personas con pedofilia terminan agrediendo sexualmente.
- (ii) Hasta hora, el criterio de valoración judicial mayoritario ha sido negar la alteración de las capacidades cognitivas y volitivas en sujetos que, habiendo agredido sexualmente a menores, aducían pedofilia, si bien en los pocos casos en que se ha resuelto atenuar la responsabilidad penal de estos sujetos, ha sido en forma de atenuación analógica si se presentaba exclusivamente pedofilia, sin ningún otro trastorno concomitante.
- (iii) Existen tres perspectivas clínicas diferentes de consideración de la pedofilia, cada una de las cuales puede comprometer diferencialmente la evaluación de la imputabilidad del sujeto y, por consiguiente, de su responsabilidad penal (ver Anexo I).
- (iv) La interpretación judicial que se haga del diagnóstico de pedofilia en los sujetos puede variar de forma considerable la persecución o no de su diagnóstico por parte del imputado. Si bien la pedofilia en sujetos que han agredido sexualmente a un menor se asocia empíricamente con riesgo de reincidencia, y por tanto un imputado se encontraría motivado para disimular o esconder su presencia, si la pedofilia se interpreta judicialmente como capaz de alterar las capacidades volitivas del sujeto, puede provocar que se persiga su diagnóstico para buscar un beneficio en forma de reducción de la condena impuesta.
- (v) Los estudios experimentales no han demostrado prevalencia de trastornos de control de los impulsos sistemáticamente concurrentes a un diagnóstico de pedofilia, que

podrían emplearse para justificar una merma de las capacidades volitivas del sujeto. En todo caso, el tipo de impulsividad no patológica que se ha encontrado asociado a la pedofilia es de carácter atencional. Esto implica que los sujetos con pedofilia tienen más dificultades en apartar su vista de estímulos de carácter sexual infantil que los sujetos sin pedofilia, lo que podría ser de interés en la evaluación de sujetos que consumen material abusivo de menores, pero no tanto en el caso de los sujetos que, teniendo pedofilia, agreden sexualmente a menores, ya que la impulsividad de carácter motor (dificultad para controlar la conducta, potencialmente relacionada con las capacidades volitivas del sujeto) y la planificadora (dificultad para evaluar las consecuencias de la conducta, potencialmente relacionada con las capacidades cognitivas del sujeto), no se encuentran sistemáticamente alteradas en ellos.

- (vi) En el nivel clínico, existen dos situaciones relacionadas con las pulsiones sexuales que pueden tener un papel relevante a la hora de valorar la afectación a la imputabilidad de los sujetos acusados de agresión sexual a menores:

(vi.a) Trastorno Compulsivo de la Conducta Sexual: es un tipo de trastorno similar a la adicción y a la hipersexualidad, que compromete la capacidad de controlar los impulsos sexuales de la persona y, por ende, afecta a la capacidad volitiva de forma acusada. Su prevalencia y diagnóstico es relativa, y en todo caso vinculada con delitos de pornografía infantil pero no tanto de agresión sexual infantil. La principal característica diferencial respecto de la pedofilia es que el trastorno Compulsivo de la Conducta Sexual entrena la incapacidad de controlar los impulsos sexuales y la necesidad imperiosa de llevarlos a cabo incluso cuando son perjudiciales para el propio sujeto, sin derivarse de ello satisfacción sexual, con independencia de si el foco central de excitación son menores o adultos¹⁵⁸. En cambio, el sujeto con pedofilia siente satisfacción sexual ante las fantasías o conductas sexuales que involucran a menores y no necesariamente tiene un problema en controlar su conducta sexual.

(vi.b) Trastorno obsesivo-compulsivo con temática de pedofilia: es un trastorno que implica la intromisión involuntaria de pensamientos con temática pedófila a la que le siguen metacogniciones negativas sobre uno mismo que son las que causan malestar emocional, y que el sujeto busca aplacar llevando a cabo acciones idiosincrásicas y alejadas de cualquier tipo de agresión sexual, ya que es lo que el sujeto precisamente teme poder llevar a cabo. Por ende, afectaría a la capacidad volitiva, pero de forma menos acusada que el anterior. Sería muy raro encontrar un diagnóstico de este tipo acompañando a un delito de agresión sexual a menores o de pornografía infantil, puesto que el sujeto teme realizarlos y huye de cualquier estímulo relacionado. Algunas características diferenciales respecto de la pedofilia es que el sujeto no muestra una atracción particular ni excitación sexual hacia los menores (sino temor a tenerla), que los pensamientos

¹⁵⁸ A este respecto, el manual CIE-11 especifica, en el apartado de diagnóstico diferencial incluido bajo los criterios del trastorno de pedofilia, lo siguiente: «Algunos individuos con Trastorno Obsesivo-Compulsivo experimentan pensamientos e imágenes intrusivas sobre la posible atracción o abuso sexual de niños. Suelen ser muy angustiados para el individuo y no van acompañados de excitación sexual, por lo que no reflejan un patrón de excitación parafílica subyacente, aunque al individuo le preocupe que así sea. Estos individuos también pueden experimentar otros pensamientos ego-distónicos o imágenes con contenido sexual que no se experimentan como sexualmente excitantes.»

que tiene de temática pedófila acuden de forma involuntaria a su mente en vez de invocarlos activa y voluntariamente para buscar placer sexual y que las acciones que lleva a cabo se dirigen a apartarse de todo estímulo relacionado con la pedofilia o son ritos o supersticiones que reducen la ansiedad que siente la persona.

(vii) La evaluación forense del diagnóstico de pedofilia resulta complicada. Las medidas de autoinforme son fácilmente falseables y no se encuentran adaptadas (traducidas y baremadas) en castellano y con población culturalmente compatible. Las medidas indirectas, como la pletismografía peneana, aunque miden procesos autónomos, como es la respuesta fisiológica a un estímulo sexual, son invasivas, manipulables, con capacidad para dar falsos negativos en contextos forenses y muy dependientes de la selección de estímulos sexuales que se haga. Tan solo la medición de procesos automáticos de atención (mirada y dilatación pupilar) a través de *eye-tracker* ha demostrado más especificidad y capacidad discriminativa, pero sin ser una prueba sistemáticamente certera para evaluar la presencia de pedofilia.

(viii) El trabajo presentado evidencia la enorme utilidad que tendría recoger en las sentencias datos como los especificadores de la pedofilia. Ya se ha expuesto que la no exclusividad podría ser relevante de cara al pronóstico del tratamiento, pero recoger la atracción por el sexo resultaría igualmente útil para hacer estudios de peligrosidad criminal y prevalencia, especialmente en los delitos de pornografía infantil, donde se obtiene que, si el sujeto que consume material abusivo de menores tiene preferencia por el sexo masculino, la probabilidad de reincidencia es mayor¹⁵⁹. Además, cabe explorar en todos los casos la relación o no del sujeto con el consumo de material abusivo de menores, dado que se encuentran diferencias en la caracterización y tratamiento de los casos de agresión dual (aquellos sujetos que consumen material abusivo de menores y también cometen delitos de agresión sexual a menores), respecto a quienes consumen imágenes abusivas de menores, pero no pasan a la acción, y con quienes cometen la agresión sexual, pero no utilizan ese tipo de material¹⁶⁰. En concreto, MCMANUS, LONG, ALISON y ALMOND encuentran que los agresores duales tienen mayor acceso a los menores, ya sea por cuestión de parentesco o de profesión; más antecedentes penales, sobre todo por delitos no sexuales; más comportamientos de ciberacoso sexual a menores; colecciones de imágenes abusivas de menores menos variadas que los no duales y tendencia a agredir a menores del mismo sexo y edad aproximada a los que veían en sus colecciones¹⁶¹. Por su parte, HENSHAW, OGLOFF y CLOUGH encuentran que los sujetos que solo cometen delitos de pornografía infantil tienen más parafilias, pero menos puntuaciones en antisocialidad; los que solo agreden sexualmente son más antisociales y tienen baja puntuación en parafilias; y los

¹⁵⁹ SETO/EKE, «Predicting Recidivism among Adult Male Child Pornography Offenders: Development of the Child Pornography Offender Risk Tool (CPORT)», *Law and Human Behavior*, (39-4), 2015, pp. 416 ss.; SETO *et al.*, «The Revised Screening Scale for Pedophilic Interests (SSPI-2): Development and Criterion-Related Validation», *Sexual Abuse: Journal of Research and Treatment*, (29-7), 2017, pp. 619 ss.

¹⁶⁰ HENSHAW *et al.*, «Demographic, mental health, and offending characteristics of online child exploitation material offenders: A comparison with contact-only and dual sexual offenders», *Behavioral Sciences and the Law*, (36-2), 2018, pp. 198 ss.; MCMANUS *et al.*, «Factors associated with contact child sexual abuse in a sample of indecent image offenders», *Journal of Sexual Aggression*, (21-3), 2015, pp. 368 ss.

¹⁶¹ MCMANUS *et al.*, *Journal of Sexual Aggression*, (21-3), 2015, pp. 368 ss.

agresores duales puntúan alto en ambas características¹⁶². Esto muestra, por tanto, que los agresores duales son un grupo especialmente problemático y cuyas características especiales deberían ser tenidas en cuenta de cara a elaborar los tratamientos o aplicar medidas de peligrosidad.

6. Bibliografía

ARA-GARCÍA/MARTÍ-VILAR/BADENES-RIBERA/GONZÁLEZ-SALA, «Neuroanatomical and Neurocognitive Differences Between the Executive Functions in Child Sexual Offenders: A Systematic Review», *Brain Sci*, (15-38), 2025, pp. 1-23.

ASOCIACIÓN AMERICANA DE PSIQUIATRÍA, *APA Statement on DSM-5 Text Error Oct. 31, 2013* [Disponible en: https://psychstar.ca/resources/DSM-5_Corrections-to-Text_sexual_disorders.pdf].

—————, *Paraphilic Disorders*, 2013 [Disponible en: https://www.psychiatry.org/FileLibrary/Psychiatrists/Practice/DSM/APA_DSM-5-Paraphilic-Disorders.pdf]

—————, *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5*, 5ª ed., Editorial Médica Panamericana, Madrid, 2014.

BALTIERI/BOER, «Two clusters of child molesters based on impulsiveness», *Revista Brasileira de Psiquiatria*, (37-2), 2015, pp. 139-145.

BEECH/MINER/THORNTON, «Paraphilias in the DSM-5», *Annual Review of Clinical Psychology*, (12), 2016, pp. 383-406.

BEIER/GIESELER/ULRICH/SCHERNER/SCHLINZIG, «The Berlin Prevention Project Dunkelfeld (PPD)», en BEIER (ed.), *Pedophilia, Hebephilia and Sexual Offending against Children*, Springer, 2021, pp. 43-56.

BEIER, «Preventing Child Sexual Abuse-The Prevention Project Dunkelfeld», *Journal of Sexual Medicine*, (15-8), 2018, pp. 1065-1066.

BEIER/GRUNDMANN/KUHLE/SCHERNER/KONRAD/AMELUNG, «The German Dunkelfeld Project: A Pilot Study to Prevent Child Sexual Abuse and the Use of Child Abusive Images», *Journal of Sexual Medicine*, (12-2), 2015, pp. 529-542.

BEIER/NEUTZE/MUNDT/AHLERS/GOECKER/KONRAD/SCHAEFER, «Encouraging self-identified pedophiles and hebephiles to seek professional help: First results of the Prevention Project Dunkelfeld (PPD)», *Child Abuse and Neglect*, (33-8), 2009, pp. 545-549.

BERGNER-KOETHER/PESCHKA/PASTUKHOV/CARBON/STEINS-LOEBER/HAJAK/RETTENBERGER, «The Relevance of Hypersexuality and Impulsivity in Different Groups of Treatment-Seekers With and Without (Exclusive) Pedophilia», *Sexual Abuse*, (0-0), 2024, pp. 1-28.

BERLIN, «Pedophilia and DSM-5: The Importance of Clearly Defining the Nature of a Pedophilic Disorder», *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law Online*, (42-4), 2014, pp. 404-407.

¹⁶² HENSHAW *et al.*, *Behavioral Sciences and the Law*, (36-2), 2018, pp. 198 ss.

BLANCHARD/LYKINS/WHERRETT/KUBAN/CANTOR/BLAK/DICKEY/KLASSEN, «Pedophilia, hebephilia, and the DSM-V», *Archives of Sexual Behavior*, (38-3), 2009, pp. 335-350.

BOGAERTS/DAALDER/VANHEULE/DESMET/LEEUEW, «Personality disorders in a sample of paraphilic and nonparaphilic child molesters: A comparative study», *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, (52-1), 2008, pp. 21-31.

BONAGURA/ABRAMS/TELLER, «Diagnostic Differential Between Pedophilic-OCD and Pedophilic Disorder: An Illustration with Two Vignettes», *Archives of Sexual Behavior*, (51-4), 2022, pp. 2359-2368.

BÖTHE/TÓTH-KIRÁLY/POTENZA/GRIFFITHS/ROSZ/DEMÉTRÓVICS, «Revisiting the role of impulsivity and compulsivity in problematic sexual behaviors», *The Journal of Sex Research*, (56-2), 2019, pp. 166-179.

BRUCE/CHING/WILLIAMS, «Pedophilia-Themed Obsessive-Compulsive Disorder: Assessment, Differential Diagnosis, and Treatment with Exposure and Response Prevention», *Archives of Sexual Behavior*, (47-2), 2018, pp. 389-402.

BUENO GUERRA, «La exclusión social de las personas con pedofilia y de quienes cometen delitos sexuales contra menores», en BENITO SÁNCHEZ/GÓMEZ LANZ (dirs.), *Sistema penal y exclusión social*, Aranzadi, Pamplona, 2020, pp. 297-330.

BURNS/SWERDLOW, «Right orbitofrontal tumor with pedophilia symptom and constructional apraxia sign», *Archives of Neurology*, (60-3), 2003 pp. 437-440.

CABRERA MARTÍN, «Fenomenología de la victimización sexual infantil», en MEANA PEÓN/MARTÍNEZ GARCÍA (dirs.), *Dignidad y equidad amenazadas en la sociedad contemporánea*, Aranzadi, Cizur Menor, 2022, pp. 339-390.

———, *La victimización sexual de menores en el código penal español y en la política criminal internacional*, Dykinson, Madrid, 2019.

———, «La pornografía infantil como especie de la pornografía en general», *Cuadernos de política criminal*, (121), 2017, pp. 203-256.

CAMPERIO CIANI/SCARPAZZA/COVELLI/BATTAGLIA, «Profiling acquired pedophilic behavior: Retrospective analysis of 66 Italian forensic cases of pedophilia», *International Journal of Law and Psychiatry*, (67), 2019.

CANTOR/LAFAILLE/SOH/MOAYEDI/MIKULIS/GIRARD, «Diffusion Tensor Imaging of Pedophilia», *Archives of Sexual Behavior*, (44-8), 2015, pp. 2161-2172.

CANTOR/KABANI/CHRISTENSEN/ZIPURSKY/BARBAREE/DICKEY/KLASSEN/MIKULIS/KUBAN/BLAK/RICHARDS/HANRATTY/BLANCHARD, «Cerebral white matter deficiencies in pedophilic men», *Journal of Psychiatric Research*, (42-3), 2008, pp. 167-183.

CANTOR/ROBICHAUD/BLANCHARD/CHRISTENSEN, «Quantitative reanalysis of aggregate data on IQ in sexual offenders», *Psychological Bulletin*, (131-4), 2005, pp. 555-568.

CANTOR/BLANCHARD/CHRISTENSEN/DICKEY/KLASSEN/BECKSTEAD/BLAK/KUBAN, «Intelligence, Memory, and Handedness in Pedophilia», *Neuropsychology*, (18-1), 2004, pp. 3-14.

CASANUEVA SANZ, «Los trastornos mentales y sus efectos en la responsabilidad penal. El juego patológico», en GIL NOBAJAS/GÓMEZ LANZ (dirs.), *El sistema penal y los objetivos de desarrollo sostenible de la Agenda 2030*, Tirant lo Blanch, Valencia, 2023, pp. 59-105.

COHEN/GANS/MCGEOCH/POZNANSKY/ITSKOVICH/MURPHY/KLEIN/CULLEN/GALYNKER, «Impulsive personality traits in male pedophiles versus healthy controls: Is pedophilia an impulsive-aggressive disorder?», *Comprehensive Psychiatry*, (43-2), 2002, pp. 127-134.

CORRECHER MIRA, «La aplicación de la atenuante de análoga significación en supuestos de imputabilidad disminuida: ludopatía, piromanía y cleptomanía», *Revista Electrónica de Ciencia Penal y Criminología*, (22-7), 2020, pp. 1-40.

CROMER/GOLDSMITH, «Socio-cultural issues and child sexual abuse: Child sexual abuse myths: Attitudes, beliefs, and individual differences», *Journal of Child Sexual Abuse*, (19-6), 2010, pp. 618-647.

DE BLOCK/ADRIAENS, «Pathologizing Sexual Deviance: A History», *Journal of Sex Research*, (50-3/4), 2013, pp. 276-298.

DE VICENTE MARTÍNEZ, *Vademécum de Derecho Penal*, 6ª ed., Tirant lo Blanch, Valencia, 2021.

DUJO LÓPEZ/HORCAJO GIL, «La psicopatía en la actualidad: abordaje clínico-legal y repercusiones forenses en el ámbito penal», *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, (17-1), 2017, pp. 69-88.

ECHEBURÚA/GUERRICAECHEVARRÍA, *Abuso sexual en la infancia. Nuevas perspectivas clínicas y forenses*, Ariel, Barcelona, 2021.

EHER/RETTENBERGER/TURNER, «The prevalence of mental disorders in incarcerated contact sexual offenders», *Acta psychiatrica Scandinavica*, (139-6), 2019, pp. 572-581.

FROMBERGER/JORDAN/STEINKRAUSS/VON HERDER/WITZEL/STOLPMANN/KRÖNER-HERWIG/MÜLLER, «Diagnostic accuracy of eye movements in assessing pedophilia», *Journal of Sexual Medicine*, (9-7), 2012, pp. 1868-1882.

FUMAGALLI/PRAVETTONI/PRIORI, «Pedophilia 30 years after a traumatic brain injury», *Neurological Sciences*, (36-3), 2015, pp. 481-482.

GANNON, «A compositional explanatory theory of pedophilia», *Aggression and Violent Behavior*, (61), 2021, pp. 1-13.

GERWINN/WEIß/TENBERGEN/AMELUNG/FÖDISCH/POHL/MASSAU/KNEER/MOHNKE/KÄRGEL/WITTFOTH/JUNG/DRUMKOVA/SCHILTZ/WALTER/BEIER/WALTER/PONSETI/SCHIFFER/KRUGER, «Clinical characteristics associated with paedophilia and child sex offending – Differentiating sexual preference from offence status», *European Psychiatry*, (51), 2018, pp. 74-85.

GIAMI, «Between DSM and ICD: Paraphilias and the Transformation of Sexual Norms», *Archives of Sexual Behavior*, (44-5), 2015, pp. 1127-1138.

GIBBELS/SINKE/KNEER/AMELUNG/MOHNKE/BEIER/WALTER/SCHILTZ/GERWINN/POHL/PONSETI/FOEDISCH/RISTOW/WALTER/KAERGEL/MASSAU/SCHIFFER/KRUGER, «Two Sides of One Coin: A Comparison of Clinical and Neurobiological Characteristics of Convicted and Non-Convicted Pedophilic Child Sexual Offenders», *Journal of Clinical Medicine*, (8-7).

GILBERT/FOCQUAERT, «Rethinking responsibility in offenders with acquired paedophilia: Punishment or treatment?», *International Journal of Law and Psychiatry*, (38), 2015, pp. 51-60.

GOLA/LEWCZUK/POTENZA/KINGSTON/GRUBBS/STARK/REID, «What should be included in the criteria for compulsive sexual behavior disorder?», *Journal of Behavioral Addictions*, (11-2), 2022, pp. 160-165.

GÓMEZ-DURÁN/BUENO-GUERRA/BECERRA-GARCÍA/NGUYEN, «Preventing child sexual abuse from the offenders' side: Prevention Dunkelfeld Project», *Revista Española de Medicina Legal y Forense*, (45-2), 2019, pp. 83-84.

GÓMEZ LANZ/HALTY BARRUTIETA, «Impacto del avance de las neurociencias en la imputabilidad jurídico-penal del sujeto psicópata», *Derecho y Salud*, (26 extr.), 2016, pp. 81-92.

GRADY/LEVENSON/MESIAS/KAVANAGH/CHARLES, «“I can't talk about that”: Stigma and fear as barriers to preventive services for minor-attracted persons», *Stigma and Health*, (4-4), 2019, pp. 400-410.

GRUBBS/HOAGLAND/LEE/GRANT/DAVISON/REID/KRAUS, «Sexual addiction 25 years on: A systematic and methodological review of empirical literature and an agenda for future research», *Clinical Psychology Review*, (82), 2020, pp. 1-15.

GRUNDMANN/KRUPP/SCHERNER/AMELUNG/BEIER, «Stability of Self-Reported Arousal to Sexual Fantasies Involving Children in a Clinical Sample of Pedophiles and Hebephiles», *Archives of Sexual Behavior*, (45-5), 2016, pp. 1153-1162.

HANSON/MORTON-BOURGON, «The characteristics of persistent sexual offenders: A meta-analysis of recidivism studies», *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, (73-6), 2005, pp. 1154-1163.

HENSHAW/OGLOFF/CLOUGH, «Demographic, mental health, and offending characteristics of online child exploitation material offenders: A comparison with contact-only and dual sexual offenders», *Behavioral Sciences and the Law*, (36-2), 2018, pp. 198-215.

HERRERO/NEGREDO, «Evaluación del interés sexual hacia menores», *Anuario de Psicología Jurídica*, (26), 2016, pp. 30-40.

HERRERO MEJÍAS, *Agresores sexuales: teoría, evaluación y tratamiento*, Síntesis, Madrid, 2018.

HÖRBURGER/HABERMEYER, «Zu den Zusammenhängen zwischen paraphilen Störungen, Persönlichkeitsstörungen und Sexualdelinquenz», *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, (14-2), 2020, pp. 149-157.

IMHOFF/BANSE/SCHMIDT, «Toward a Theoretical Understanding of Sexual Orientation and Sexual Motivation», *Archives of Sexual Behavior*, (46-1), 2017, pp. 29-33.

JAHNKE, «Emotions and Cognitions Associated with the Stigma of Non-Offending Pedophilia: A Vignette Experiment», *Archives of Sexual Behavior*, (47-2), 2018, pp. 363-373.

—————, «The Stigma of Pedophilia: Clinical and Forensic Implications», *European Psychologist*, (23-2), 2018, pp. 144-153.

JORDAN/FROMBERGER/MÜLLER/WERNICKE/STOLPMANN/MÜLLER, «Sexual interest and sexual self-control in men with self-reported sexual interest in children – A first eye tracking study», *Journal of Psychiatric Research*, (96), 2018, pp. 138-144.

KALMUS/BEECH, «Forensic assessment of sexual interest: A review», *Aggression and Violent Behavior*, (10-2), 2005, pp. 193-217.

KONRAD/SCHLINZIG/SIEGEL/KOSSOW/BEIER, «Therapeutic Options», en BEIER (ed.), *Pedophilia, Hebephilia and Sexual Offending against Children*, Springer, Berlin, 2021, pp. 27-42.

KRUEGER/REED/FIRST/MARAIS, «Proposals for Paraphilic Disorders in the International Classification of Diseases and Related Health Problems, Eleventh Revision (ICD-11)», *Archives of Sexual Behavior*, (46-5), 2017, pp. 1529-1545.

LASHER/STINSON, «Adults with Pedophilic Interests in the United States: Current Practices and Suggestions for Future Policy and Research», *Archives of Sexual Behavior*, (46-3), 2017, pp. 659-670.

LEVENSON/WILLIS/VICENCIO, «Obstacles to Help-Seeking for Sexual Offenders: Implications for Prevention of Sexual Abuse», *Journal of Child Sexual Abuse*, (26-2), 2017, pp. 99-120.

LÓPEZ SÁNCHEZ, Félix, *Abusos sexuales a menores: lo que recuerdan de mayores*, Ministerio de Asuntos Sociales, Madrid, 1994.

LORENTE ACOSTA, *Estudio médico-legal de las sentencias por delitos contra la libertad y la indemnidad sexual*, 2021 [Disponible en: <https://n9.cl/1h0cq>].

LORENZO GARCÍA/AGUSTINA, «Sobre el confuso concepto de psicopatía en la jurisprudencia del Tribunal Supremo español: una revisión crítica ante los nuevos retos del Derecho penal de la peligrosidad», *Política Criminal*, (11-21), 2016, pp. 66-103.

LORENZO GARCÍA/AGUSTINA/GÓMEZ-DURÁN/MARTIN-FUMADÓ, «Trastornos de la personalidad en la jurisprudencia española», *Revista Espanola de Medicina Legal*, (42-2), 2016, pp. 62-66.

MALÓN, «Pedophilia: A Diagnosis in Search of a Disorder», *Archives of Sexual Behavior*, (41-5), pp. 1083-1097.

MARCO FRANCA, *El agresor sexual de menores: aspectos penales y criminológicos*, Tirant lo Blanch, Valencia, 2024.

MARTÍNEZ GARAY, *La imputabilidad penal*, Tirant lo Blanch, Valencia, 2005.

MCMANUS/LONG/ALISON/ALMOND, «Factors associated with contact child sexual abuse in a sample of indecent image offenders», *Journal of Sexual Aggression*, (21-3), 2015, pp. 368-384.

MELO REGHELIN/ZAFFARI CAVEDON/CALLEGARI, *Psicopatías e imputabilidad. Un análisis sobre la peligrosidad criminal y los delitos sexuales*, Edisofer, Buenos Aires, 2016.

MIR PUIG, *Derecho Penal. Parte General*, 10ª ed., Reppertor, Barcelona, 2015.

MONEY, *Lovemaps: Clinical concepts of sexual/erotic health and pathology, paraphilia, and gender transposition of childhood, adolescence, and maturity*, Prometheus, New York, 1986.

MOSER/KLEINPLATZ, «Conceptualization, History, and Future of the Paraphilias», *Annual Review of Clinical Psychology*, (16-1), 2020, pp. 379-399.

———, «El DSM-IV y las Parafilias: Un argumento para su retirada», *Archivos Hispanoamericanos de Sexología*, (12-2), 2006, pp. 217 ss.

MOSER, «DSM-5, Paraphilias, and the Paraphilic Disorders: Confusion Reigns», *Archives of Sexual Behavior*, (48-3), 2019, pp. 681-689.

———, «Defining Sexual Orientation», *Archives of Sexual Behavior*, (45-3), 2016, pp. 505-508.

———, «When Is an Unusual Sexual Interest a Mental Disorder?», *Archives of Sexual Behavior*, (38-3), 2009, pp. 323-325.

MUÑOZ CONDE, *Derecho Penal. Parte General*, 11ª ed., Tirant lo Blanch, Valencia, 2022.

NIELSEN/AASKOV/LARSEN, «When virtuous paedophiles meet online: A sociological study of a paedophile community», *Sexualities*, (25-5/6), 2022, pp. 598-614.

OBREGÓN GARCÍA/GÓMEZ LANZ, *Derecho Penal. Parte General: Elementos básicos de teoría del delito*, 3ª ed., Tecnos, Madrid, 2023.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, *Clasificación Internacional de Enfermedades*, 11ª ed., 2023.

ORTS BERENGUER/GONZÁLEZ CUSSAC, *Compendio de Derecho Penal. Parte General*, 10ª ed., Tirant lo Blanch, Valencia, 2023.

POZUECO ROMERO/ROMERO GUILLENA/CASAS BARQUERO, «Psicopatía, violencia y criminalidad: un análisis psicológico-forense, psiquiátrico-legal y criminológico (Parte II)», *Cuadernos de Medicina Forense*, (17-4), 2011, pp. 175-192.

REQUEJO CONDE, «Tratamiento de la psicopatía en la jurisprudencia penal española. El camino hacia un nuevo enfoque de la imputabilidad penal», *Revista General de Derecho Penal*, (27), 2017.

RIBERAS-GUTIÉRREZ/PRIETO URSÚA/BUENO-GUERRA, «Necesidades de intervención en prisión con internos con pedofilia», *Papeles del Psicólogo*, (45-1), 2024, pp. 11-18.

RICE/HARRIS/LANG/CHAPLIN, «Sexual Preferences and Recidivism of Sex Offenders With Mental Retardation», *Sexual Abuse: Journal of Research and Treatment*, (20-4), 2008, pp. 409-425.

SÁNCHEZ GARRIDO, *Delincuencia habitual, psicopatía y responsabilidad penal*, Dykinson, Madrid, 2019.

SÁNCHEZ VILANOVA, *Neuroimputabilidad*, Tirant lo Blanch, Valencia, 2019.

———, «Nuevas perspectivas en el tratamiento jurisprudencial de la cleptomanía», *Revista de Derecho Penal y Criminología*, (22), 2019, pp. 159-180.

SAVARD/HIRVIKOSKI/GÖRTS ÖBERG/DHEJNE/RAHM/JOKINEN, «Impulsivity in Compulsive Sexual Behavior Disorder and Pedophilic Disorder», *Journal of Behavioral Addictions*, (10-3), 2021, pp. 839-847.

SAVE THE CHILDREN, *Los abusos sexuales hacia la infancia en España*, 2021 [Disponible en: https://www.savethechildren.es/sites/default/files/2021-11/Los_abusos_sexuales_hacia_la_infancia_en_ESP.pdf]

———, *Ojos que no quieren ver*, 2017 [Disponible en: https://www.savethechildren.es/sites/default/files/imce/docs/ojos_que_no_quieren_ver_27092017.pdf]

SCARPAZZA/FINOS/GENON/MASIERO/BORTOLATO/CAVALIERE/PEZZAIOLI/MONARO/NAVARIN/BATTAGLIA/PIETRINI/FERRACUTI/SARTORI/CAMPERIO CIANI, «Idiopathic and acquired pedophilia as two distinct disorders: an insight from neuroimaging», *Brain Imaging and Behavior*, (15-5), 2021, pp. 2681-2692.

SCHIPPERS/SMID/HOOGSTEDER/PLANTING/DE VOGEL, «Pedophilia is associated with lower sexual interest in adults: Meta-analyses and a systematic review with men who had sexually offended against children», *Aggression and Violent Behavior*, (69-1), 2023, pp. 1-21.

SCHMIDT/IMHOFF, «Towards a Theory of Chronophilic Sexual Orientation in Heterosexual Men», en CRAIG (ed.), *Sexual Deviance: Understanding and managing deviant sexual interest and paraphilic disorders*, Wiley-Blackwell, Hoboken, 2021, pp. 41-52.

SETO, *Pedophilia and sexual offending against children: theory, assessment and intervention*, 2ª ed., American Psychological Association, Washington, 2018.

—————, «The Puzzle of Male Chronophilias», *Archives of Sexual Behavior*, (46-1), 2017, pp. 3-22.

—————, «Is Pedophilia a Sexual Orientation?», *Archives of Sexual Behavior*, (41-1), 2011, pp. 231-236.

—————, «Pedophilia», *Annual Review of Clinical Psychology*, (5-1), 2009, pp. 391-407.

SETO/STEPHENS/LALUMIÈRE/CANTOR, «The Revised Screening Scale for Pedophilic Interests (SSPI-2): Development and Criterion-Related Validation», *Sexual Abuse: Journal of Research and Treatment*, (29-7), 2017, pp. 619-635.

SETO/EKE, «Predicting Recidivism among Adult Male Child Pornography Offenders: Development of the Child Pornography Offender Risk Tool (CPORT)», *Law and Human Behavior*, (39-4), 2015, pp. 416-429.

STANFORD/MATHIAS/DOUGHERTY/LAKE/ANDERSON/PATTON, «Fifty years of the Barratt Impulsiveness Scale: An update and review», *Personality and Individual Differences*, (47-5), 2009, pp. 385-395.

STEVENS/WOOD, «“I Despise Myself for Thinking about Them.” A Thematic Analysis of the Mental Health Implications and Employed Coping Mechanisms of Self-Reported Non-Offending Minor Attracted Persons», *Journal of Child Sexual Abuse*, (28-8), 2019, pp. 968-989.

TANNER, *Fetus into Man: Physical Growth from Conception to Maturity*, 2ª ed., Harvard University Press, Cambridge, 1990.

TENBERGEN/WITTFOTH/FRIELING/PONSETI/WALTER/WALTER/BEIER/SCHIFFER/KRUGER, «The neurobiology and psychology of pedophilia: Recent advances and challenges», *Frontiers in Human Neuroscience*, (9), 2015, pp. 1-20.

URRUELA MORA, *Imputabilidad penal y anomalía o alteración psíquica*, Comares, Granada, 2004.

WALKER, *A Long, Dark Shadow. Minor-Attracted People and Their Pursuit of Dignity*, University of California Press, Oakland, 2021.

ZUGALDÍA ESPINAR, «La culpabilidad», en MORENO-TORRES HERRERA (dir.), *Lecciones de Derecho penal. Parte General*, 6ª ed., Tirant lo Blanch, Valencia, 2022.

7. Anexos

7.1. Afectación a la imputabilidad cuando los intereses pedófilos se hallan circunscritos a una causa orgánica

1. SAP Almería 235/2001, Sección Segunda, de 5 de julio (ECLI:ES:APAL:2001:917).
2. SAP Barcelona. Sección Tercera, de 9 de marzo (ECLI:ES:APB:1998:2688)¹⁶³.
3. STS 1065/2019, Penal, de 28 de noviembre (ECLI:ES:TS:2019:13122A).
- 3 bis. SAP Barcelona 719/2018. Sección Sexta, de 8 de noviembre (ECLI:ES:APB:2018:13191).
4. STS 1057/1999, Penal, de 26 de junio (ECLI:ES:TS:1999:4648).
- 4 bis. SAP Cáceres 1/1998, Sección Segunda, de 10 de febrero (ECLI:ES:APCC:1998:156).
5. SAP Cáceres 127/2006, Sección Segunda, de 4 de octubre (ECLI:ES:APCC:2006:727).
6. SAP Islas Baleares 28/2001, Sección Segunda, de 30 de marzo (ECLI:ES:APIB:2001:959).
7. SAP León 536/2019, Sección Tercera, de 29 de noviembre (ECLI:ES:APLE:2019:1428).
8. SAP Madrid 349/1999, Sección Tercera, de 23 de septiembre (ECLI:ES:APM:1999:11993).
9. SAP Madrid 784/2006, Sección Decimoséptima, de 5 de octubre (ECLI:ES:APM:2006:7111).
10. SAP Málaga 289/2004, Sección Segunda, de 7 de mayo (ECLI:ES:APMA:2004:2237).
11. SAP Navarra 136/2016, Sección Primera, de 17 de junio (ECLI:ES:APNA:2016:320).
12. SAP Ourense 11/2003, Sección Segunda, de 29 de diciembre (ECLI:ES:APOU:2003:1083).
13. SAP Santander 5/2005, Sección Tercera, de 29 de junio (ECLI:ES:APS:2005:2138).
14. STS 768/2004, Penal, de 18 de junio (ECLI:ES:TS:2004:4247).
- 14 bis. SAP Segovia 2/2003, Sección Única, de 10 de febrero (ECLI:ES:APSG:2003:14).
15. SAP Valencia 17/2013, Sección Segunda, de 26 de diciembre (ECLI:ES:APV:2012:5850).
16. STS 119/1997, Penal, de 28 de enero (ECLI:ES:TS:1997:480).
17. STS 971/1999, Penal, de 9 de junio (ECLI:ES:TS:1999:4078).
18. STS 1958/2013, Penal, de 17 de octubre (ECLI:ES:TS:2013:9863A).
- 18 bis. SAP Almería 397/2012, Sección Primera, de 12 de diciembre (ECLI:ES:APAL:2012:1818).

¹⁶³ El número de sentencia no se encuentra disponible en ninguna base de datos en el momento de realización de esta investigación. El contacto con la Oficina de Comunicación del Consejo General del Poder Judicial resultó infructuoso a tal efecto.

19. STS 151/2019, Penal, de 21 de marzo (ECLI:ES:TS:2019:1356).
- 19 bis. SAP Barcelona 949/2017, Sección Novena, de 22 de diciembre (ECLI:ES:APB:2017:14650).
20. STS 648/2021, Penal, de 19 de julio (ECLI:ES:TS:2021:3201).
21. STS 20/2021, Penal, de 18 de enero (ECLI:ES:TS:2021:8).
22. STSJ Comunidad Valenciana 318/2021, Civil y Penal, Sección de Apelaciones Penales, de 22 de noviembre (ECLI:ES:TSJCV:2021:7078).
- 22 bis. SAP Alicante 307/2021, Sección Décima, de 22 de septiembre (ECLI:ES:APA:2021:3207).
23. SAP Barcelona 712/2013, Sección Séptima, de 15 de julio (ECLI:ES:APB:2013:8122).
24. SAP Madrid 40/2015, Sección Cuarta, de 29 de enero (ECLI:ES:APM:2015:18798).
25. SAP Madrid 615/2016, Sección Trigésima, de 23 de septiembre (ECLI:ES:APM:2016:12110).
26. SAP Madrid 234/2016, Sección Decimoséptima, de 6 de mayo (ECLI:ES:APM:2016:5542).
27. SAP Sevilla 85/2009, Sección Séptima, de 16 de diciembre (ECLI:ES:APSE:2009:3921).
28. STS 1098/2010, Penal, de 13 de diciembre (ECLI:ES:TS:2010:7065).
29. STS 144/1995, Penal, de 8 de febrero.

7.2. Variables empleadas en la codificación de las sentencias

1_Número_de_sentencia	Escribir número de la sentencia
2_Número_de_recurso	Escribir número del recurso
3_Órgano_Jurisdiccional	Escribir el órgano jurisdiccional que emite la sentencia
4_Fecha_de_la_sentencia	Escribir la fecha de la sentencia
5_Sexo_del_sujeto	1: Hombre; 2: Mujer
6_Edad_del_sujeto	Escribir edad del sujeto
7_Abuso_sexual	1: Sí; 0: No
8_Abuso_sexual_continuado	1: Sí; 0: No
9_Abuso_sexual_en_grado_de_tentativa	1: Sí; 0: No
10_Agresión_sexual	1: Sí; 0: No
11_Agresión_sexual_en_grado_de_tentativa	1: Sí; 0: No
12_Captación_de_menores_con_fines_pornográficos	1: Sí; 0: No
13_Utilización_de_menores_con_fines_pornográficos	1: Sí; 0: No
14_Posesión_de_pornografía_infantil	1: Sí; 0: No
15_Difusión_de_pornografía_infantil	1: Sí; 0: No
16_Provocación_sexual_de_menores	1: Sí; 0: No
17_Prostitución_de_menores	1: Sí; 0: No
18_Exhibicionismo	1: Sí; 0: No
19_Agresión_sexual_de_menores_CP	1: Sí; 0: No

20_Pornografía_infantil_CP	1: Sí; 0: No
21_Otros_delitos	1: Sí; 0: No
22_Escribir_otros_delitos	Especificar por qué otros delitos ha sido condenado en la sentencia
23_Otros_trastornos	1: Sí; 0: No
24_Otras_parafilias	1: Sí; 0: No
25_Trastornos_de_personalidad	1: Sí; 0: No
26_Trastornos_por_consumo_de_sustancias	1: Sí; 0: No
27_Trastornos_del_estado_de_ánimo	1: Sí; 0: No
28_Trastornos_adaptativos	1: Sí; 0: No
29_Trastornos_orgánicos	1: Sí; 0: No
30_Capacidad_intelectual_límite	1: Sí; 0: No
31_Trastornos_psicóticos	1: Sí; 0: No
32_Escribir_otros_trastornos	Especificar qué otros trastornos han sido diagnosticados
33_Capacidad_cognitiva	1: Conservada; 2: Afectación leve; 3: Afectación moderada; 4: Afectación grave; 5: Afectada, pero sin concretar el grado; 99: Sin información
34_Capacidad_volitiva	1: Conservada; 2: Afectación leve; 3: Afectación moderada; 4: Afectación grave; 5: Afectada, pero sin concretar el grado; 99: Sin información
35_Argumentos_judiciales	Escribir los argumentos judiciales sobre la afectación a las capacidades cognitivas y volitivas
36_Circunstancia_modificativa	1: Atenuante por analogía a la anomalía o alteración psíquica; 2: Eximente; 3: Eximente incompleta
37_Sexo_de_las_víctimas	1: Hombre; 2: Mujer; 3: Ambos
38_Exclusividad	1: Pedofilia exclusiva; 2: Pedofilia no exclusiva; 99: Sin información
39_Agresor_dual	1: Sí; 0: No; 99: Sin información
40_Intrafamiliar	1: Sí; 0: No; 99: Sin información
41_Relación_con_la_víctima	1: Desconocido; 2: Conocido; 3: Amigo de familiar; 4: Familiar; 5: Relación profesional (especificar); 6: Otro (especificar); 99: no disponible
42_Resumen_del_caso	Escribir hechos probados
43_Alusión_a_sentencias_previas_o_a_estudios_concretos	

7.3. Características penales relevantes respecto de la imputabilidad a la luz de tres perspectivas clínicas de consideración de la pedofilia

	Es un trastorno (APA, CIE)	Es una cronofilia (Seto, 2017)	No es un trastorno (Moser, 2009)	Otras consideraciones
Existe una base biológica que determina la presencia de los síntomas	Probablemente, pero no es unívoca ni generalizable	Probablemente, pero no es unívoca ni generalizable («pedofilia del desarrollo»)	No se manifiesta a este respecto	Cuando los síntomas de un trastorno se originan por una causa orgánica concreta, generalmente los manuales excluyen el diagnóstico de la entidad clínica ya que la sintomatología se podría explicar mejor por la presencia de esa causa concreta (el tenor literal suele rezar: «Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a otra afección médica»), si bien este criterio específico no aparece ni en el DSM ni en la CIE en la definición del trastorno de pedofilia. De hecho, existen casos muy concretos y pocos frecuentes en los que una causa orgánica (ej., tumor) autolimita los síntomas, de manera que, retirada la causa, desaparece el interés sexual por menores (ej., Burns & Swerdlow, 2003). Estos casos se denominan «pedofilia adquirida por daños cerebrales». Por otra parte, existen estudios que apoyan la existencia de algunas características

				<p>idiosincrásicas, tanto adquiridas (ej., previos trastornos craneoencefálicos) como innatas (ej., volumen de materia gris, lateralidad) en el perfil neuropsicológico de las personas con intereses sexuales en menores, pero no es un hallazgo unánime que pueda generalizarse a todos los casos. Similar a la orientación sexual, no existe una causa orgánica unívoca que explique la atracción que ostenta la persona.</p>
Es un TMT	No. No es fugaz ni limitada en el tiempo. El sujeto manifiesta este interés durante al menos 6 meses	No. No es fugaz ni limitada en el tiempo. El sujeto manifiesta este interés desde la adolescencia	No. No es fugaz ni limitada en el tiempo. El sujeto manifiesta este interés durante temporadas o de forma persistente	<p>Existen casos muy concretos y pocos frecuentes en los que una causa orgánica autolimita los síntomas, de manera que, retirada la causa, desaparece el interés sexual por menores. El manual CIE-11 especifica que «el Trastorno Pedofílico es relativamente estable después de la edad adulta temprana, pero los pensamientos, fantasías, impulsos y comportamientos sexuales pueden cambiar con el tiempo de tal forma que un individuo al que se le asignó el diagnóstico de Trastorno Pedofílico ya no cumpla los requisitos del diagnóstico». Por tanto, no considera su fugacidad sino en todo caso su declive.</p>

Es una anomalía psicológica (persistente)	Sí. Se mantiene durante al menos 6 meses	Sí. Se mantiene durante el curso vital del sujeto	Sí. Puede variar su intensidad o manifestación, pero cuando está presente persiste al menos durante una temporada	No existe actualmente ningún tratamiento conocido, ya sea psicológico (ej., tratamiento cognitivo-conductual), farmacológico (ej., castración química) o una combinación de los anteriores, que consiga eliminar los deseos o pensamientos sexuales en sujetos con pedofilia. En todo caso, el sujeto debe convivir con la aceptación de sus deseos y el compromiso de no llevarlos a cabo. Por otra parte, la sexualidad se considera una entidad dinámica en el ser humano, de modo que la intensidad o el foco de atención sexual puede variar con el tiempo, pero, mientras existe, perdura durante una temporada. En cualquier caso, las terapias denominadas de conversión, que intentan variar a propósito el foco que es de interés sexual para la persona, no solo no son éticas, sino que no producen resultados.
Capacidad cognitiva: el sujeto puede comprender el ilícito penal	Preservada. No existe alteración de las capacidades cognitivas	Preservada. No existe alteración de las capacidades cognitivas	Preservada. No se considera que el interés sexual en menores sea patológico ni el sujeto tenga, por tanto, ninguna	Existen estudios respecto de la presencia de distorsiones cognitivas que apoyan la comisión de agresiones o intentan justificar que el menor sedujo o buscó activamente la interacción. Estas distorsiones se han

			función mermada	visto tanto en personas con pedofilia, como en personas que, sin pedofilia, agredieron sexualmente a un menor o incluso a un adulto, pero estas distorsiones no afectan a su capacidad de comprender el ilícito y decidir no hacerlo.
Capacidad volitiva: el sujeto puede decidir no ejecutar el ilícito penal	En castellano, el criterio A del trastorno lo define como «deseos sexuales irrefrenables», sin embargo, procede de la traducción en inglés de «sexual urges», que no necesariamente involucra al control de la conducta	Sí. Cursa similar a una orientación sexual, de manera que el sujeto es consciente de su atracción y puede decidir no llevar a cabo acciones sexuales relacionadas	Sí. No se considera que el interés sexual en menores sea patológico ni el sujeto tenga, por tanto, ninguna función mermada	En los manuales, la pedofilia aparece en la sección de parafilias, mientras que en la sección de control de impulsos existe otro trastorno que involucra la conducta sexual donde se hace alusión explícita a la incapacidad de controlar el impulso sexual (ej., Trastorno Compulsivo de la Conducta Sexual). En los programas de prevención de la agresión sexual para personas con intereses sexuales respecto de menores existen módulos dedicados al control de los impulsos. El motivo no es porque se anticipe una incapacidad de controlar los impulsos en estos sujetos, sino porque el celibato que debe derivarse de una pedofilia exclusiva para evitar provocar daño a otros es una situación extraordinaria en el ser humano para la que cabe recibir apoyo y estrategias.