



FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

¿La pederastia se cura? Revisión de tratamientos y eficacia

Autora: María Riberas Gutiérrez

Directora: Nereida Bueno Guerra

Madrid

Abril 2018

Agradecimientos

A mi tutora Nereida Bueno Guerra, de la Universidad Pontificia Comillas, por permitirme realizar este Trabajo de Fin de Grado, por haberme enseñado tanto, por guiarme durante estos meses y por haberme dado grandes oportunidades.

A José Sánchez Isidoro, por haberme proporcionado información relevante sobre el tratamiento Fuera de la Red, Programa de Intervención Frente a la Delincuencia Sexual Contra Menores en la Red.

Índice

1. Introducción	3
1.1 Aproximación conceptual	3
1.2 Definición del DSM-IV-TR de pedofilia.....	4
1.3 Prevalencia de la pederastia a nivel nacional e internacional	5
1.4 Justificación teórica y relevancia del problema actual	7
2. Métodos	8
2.1 Estrategias de Búsqueda	8
2.2 Criterios de exclusión y de inclusión	9
2.3 Extracción de datos	9
3. Resultados	10
3.1 Tipos de tratamiento	10
3.2 Programas de intervención en centros penitenciarios	15
3.3 Programas de intervención fuera de los centros penitenciarios	20
4. Discusión	24
4.1 Interpretación de Resultados.....	24
4.2 Previsiones futuras	27
4.3 Conclusiones	29
5. Bibliografía	30

1. Introducción

1.1 Aproximación conceptual

En el presente estudio se realizará una revisión bibliográfica sobre los tratamientos de la pederastia y su eficacia. Para un mejor entendimiento es necesario conocer y diferenciar la terminología que se presenta a continuación.

En muchas ocasiones, se encuentra un uso erróneo de los términos pedofilia y pederastia. Para una óptima comprensión, se definirá el término de *pedofilia* como la excitación o placer sexual que deriva de fantasías, pensamientos o actividades sexuales con prepúberes (Trabazo y Azor, 2009). Se considera prepúberes a aquellos niños/as con edades anteriores a la pubertad, es decir, con una edad alrededor de los 13 años. Mientras que el término de *pederastia* abarcaría desde el interés sexual hacia menores hasta el abuso o agresión sexual (Herrero y Negredo, 2016). En ambos casos la persona experimentará malestar notable que interferirá en su vida social y laboral fruto de las fantasías y pensamientos recurrentes. Es importante mencionar que la mayoría de los pederastas y/o pedófilos son varones, aunque sus víctimas puedan ser de ambos sexos (Romi y García, 2003).

Realizar una diferenciación entre los términos *abuso sexual* y *agresión sexual* con una mayor precisión, será fundamental para conocer el tipo de delito sexual cometido dependiendo de las actuaciones que lleva a cabo el agresor. Según el Código Penal (2015), Libro II, Título VIII, se contemplará *agresión sexual* cuando se atenta contra la libertad sexual de otra persona utilizando la violencia e intimidación. Mientras que se considerará *abuso sexual* cuando sin violencia, intimidación o sin que medie el consentimiento, se realizan actos que atentan contra la libertad o indemnidad sexual de otra persona.

Tanto en el abuso como en la agresión, se encontrarán conductas como, penetración por vía vaginal, anal o bucal de miembros corporales u objetos, tocamientos de tipo sexual, presenciar actos sexuales, frotamientos, entre otros. Por tanto, la diferencia principal entre una agresión sexual y un abuso sexual no es tanto lo que ocurre, si no cómo ocurre. Por ejemplo, una penetración vaginal, puede ser tanto un abuso sexual como una agresión sexual, la diferencia residiría en si se ha ejercido violencia sobre la víctima (agresión sexual) o por el contrario no ha tenido lugar el uso de la fuerza (abuso sexual). Un ejemplo

de abuso sexual sería la pornografía infantil, debido a que los niños no tienen la capacidad suficiente para consentir ese tipo de conductas sexuales (Pérez et al., 2017).

Por último, se utilizará el término *eficacia* cuando se cumplan los objetivos propuestos por cada tratamiento de la pederastia. En el presente trabajo, se considerarán eficaces aquellos que consigan la reducción e incluso la ausencia de las fantasías e imágenes sexuales con menores, los cuales disminuyan la reincidencia o consigan que no se produzca. Finalmente, también se considerarán eficaces los tratamientos de la pederastia que generen bienestar en el paciente.

1.2 Definición del DSM-IV-TR de pedofilia

Actualmente ya se ha publicado el DSM-V (APA, 2014), dado que su publicación ha sido muy reciente, en la literatura científica no se encuentra un volumen amplio de estudios que hayan incluido la definición de pedofilia. Por ello, en este estudio se utilizará la definición de pedofilia del DSM-IV-TR (APA, 2002). La evaluación y diagnóstico tiene gran relevancia para conocer si la persona que ejerce algún tipo de abuso o agresión sexual tiene un trastorno mental y para elegir qué tratamiento se va a llevar a cabo. El trastorno de pedofilia se enmarca en los trastornos parafilicos, según el DSM IV-TR (APA, 2002), una persona con diagnóstico de trastorno de pedofilia cumplirá con los criterios que se presentan a continuación:

- A.** Durante un período de al menos 6 meses, fantasías sexuales recurrentes y altamente excitantes, impulsos sexuales o comportamientos que implican actividad sexual con niños prepúberes o niños algo mayores (generalmente de 13 años o menos).
- B.** Las fantasías, los impulsos sexuales o los comportamientos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- C.** La persona tiene al menos 16 años y es por lo menos 5 años mayor que el niño o los niños del Criterio A.

1.3 Prevalencia de la pederastia a nivel nacional e internacional

La pederastia es un problema social que atenta contra la salud de los menores y de los propios agresores desde hace muchos años. En España, en 1994 había 5.500 delincuentes sexuales de un total de 43.000 internos en centros penitenciarios españoles. Más de un 60% fueron condenados por agresiones a mujeres adultas, seguidos por un 35% de abusos sexuales a menores, y el 5% restante había cometido delitos pertenecientes a otras categorías (Rivera, Romero, Labrador y Serrano, 2006). Actualmente, según el Instituto Nacional de Estadísticas (INE, 2016) han sido condenadas 318 personas por delitos de agresión y abuso sexual a menores de 16 años, datos que han aumentado con respecto a las cifras de 2015, siendo estas 230 y 225 en 2014.

Según estos datos, del año 1994 al 2014 se puede observar una disminución de los condenados en prisiones, sin embargo, desde el 2014 al 2016 se observa una creciente y preocupante tendencia que ronda el 40% más de condenados. Además, hay que tener en cuenta que, aunque se produzca un descenso del número de condenados no necesariamente revela que se produzca una disminución de la proporción de agresiones y abusos sexuales a menores.

Por otro lado, según un estudio realizado por UNICEF en 2004, se analizó la actitud hacia el turismo sexual en una muestra de 1.200 personas. Los datos que se obtuvieron fueron reveladores: un 10% de los entrevistados conocen a personas que han abusado sexualmente de menores y un 21% piensa que muchos españoles viajan a países en desarrollo en busca de actividades sexuales con menores.

Los datos anteriormente mencionados indican que la pederastia, lejos de desaparecer, tanto en España como a nivel internacional se está incrementando. Este incremento se traduce en centenares de víctimas de agresiones y/o abusos sexuales y de pederastas y/o pedófilos que necesitan y quieren recibir un tratamiento que atienda a sus necesidades y sea eficaz.

Siguiendo en la línea de la prevalencia del abuso sexual, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002) refiere que la violencia sexual a nivel mundial se lleva a cabo en su mayoría por varones contra mujeres y niñas. Naciones Unidas realizó una estimación de que 150 millones de niñas y 73 millones de niños menores de 18 años han sido forzados a mantener relaciones sexuales y han estado expuestos a algún tipo de contacto físico

(citado en Garreta, Pinzón, Muñoz, Lesmes y García, 2017). Además, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2006), estima que 222 niños y niñas sufren abusos sexuales cada hora en América Latina.

Con respecto a la situación en Europa, en 2010 hubo tasas de prevalencia de abusos sexuales a menores elevadas: 10% en Reino Unido, 11,3% en Turquía, 13,9% en Suecia, 15,8% en Dinamarca, 19% en España, 20,4% en Irlanda y 39,8% en Suiza (Lalor y McElvaney, 2010). Estos datos muestran que el problema de la pederastia es de vital importancia a nivel mundial debido a que causa cientos de víctimas.

También existen datos sobre el volumen de menores agredidos o personas que han sido abusadas en su infancia. Aunque no revelan el volumen de pederastia, son indicativos de la cantidad de víctimas que hay en España. En una investigación realizada con una muestra española de 1.821 personas, la prevalencia de los abusos sexuales arrojó cifras cercanas a las de otros países anglosajones (López, Carpintero, Hernández, Martín y Fuertes, 1995). Un 19% de la muestra total, es decir, 346 personas habían sufrido abusos en la infancia, de los cuales un 40% eran varones (139) y un 60% eran mujeres (207). De hecho, también es ilustrativo conocer la cantidad de abuso y agresión sexual cometido actualmente. Según la Memoria Elevada de 2017 de la Fiscalía General de Estado, ha habido un aumento del abuso sexual a menores con 795 víctimas y de las agresiones sexuales con 476 afectados/as, alcanzando la cifra total de 1.271 delitos sexuales a menores en 2016.

En una gran proporción de casos, los agresores sexuales tienen algún tipo de trastorno mental. En 2013, Becerra-García y García-León llevaron a cabo un estudio cuyo objetivo principal fue conocer la prevalencia vital de los trastornos mentales. Escogieron una muestra española de 61 delincuentes sexuales contra adultos y/o niños en ambiente carcelario y examinaron la prevalencia de los trastornos mentales a lo largo de la vida en distintos grupos de agresores sexuales.

Los resultados que se obtuvieron fueron que, en la población general, un 15,6% de varones tienen un trastorno mental, mientras que en la muestra que se estudió, alcanza un 62,3% de varones encarcelados por delincuencia sexual con trastorno mental no severo y consumo de sustancias. En el caso de los trastornos mentales severos, se encontró que un 10-12% de la muestra los padecen, mientras que más de un 80% tenía trastornos

parafilicos. Como se mencionó anteriormente, la pedofilia entra dentro de dichos trastornos. Por último, se concluyó que en el grupo de los pedófilos no se observaron trastornos mentales diferentes a los que sufrían otros agresores sexuales: este dato era nuevo en España.

1.4 Justificación teórica y relevancia del problema actual

A la hora de hablar de pederastia, existe un gran tabú que impide que este problema llegue a resolverse. La mayoría de las investigaciones o tratamientos se centran en la víctima, de gran importancia por supuesto, pero no se trata al agresor. Esta situación hace que el problema siga latente sin disiparse. En relación con las campañas de prevención, encontramos que algunas de ellas se dedican a enseñar a los niños a distinguir qué son actos de afecto de los que no lo son. Sin embargo, no hay apenas prevención dirigida a pedófilos para que no lleguen a cometer ningún abuso ni agresión sexual, ni dirigida a pederastas, ya que, aunque hayan cometido un delito, no tienen por qué haber sido detenidos.

Es importante trabajar la prevención de posibles futuros agresores ya que, además, muchos de los pederastas han sufrido también abusos en su infancia. Según Becerra-García (2009), la principal hipótesis de las causas de la pedofilia es haber sido abusado en la infancia. Dicho episodio es un factor de riesgo para llegar a ser un abusador en la edad adulta. Esta relación es conocida como ciclo víctima-abusador o fenómenos del abusador abusado. Según este mismo autor, entre el 28 y el 93% de los pedófilos sufrieron algún tipo de abuso sexual en su infancia y muestran preferencias sexuales parecidas a la edad de cuando ellos sufrieron el abuso.

Finalmente, es relevante destacar que, debido al desarrollo de las nuevas tecnologías y de Internet, se ha producido un incremento de la distribución de contenidos de pornografía infantil y existe una mayor accesibilidad a dichos contenidos, aumentando las posibilidades de que se establezca contacto virtual o físico con los menores de una manera más fácil (Taylor y Quayle, 2003). Además de esto, el anonimato y la privacidad que aporta Internet hace que sea más fácil el acceso y la manifestación de fantasías de tipo sexual que se concreta con el consumo de material pornográfico y favorece la comunicación entre los consumidores (Hill, Briken, y Berner, 2007, citado en Niveau, 2010). Esta problemática provoca que haya pederastas fuera del ámbito penitenciario que necesitan un tratamiento que pueda mejorar su salud mental.

Las cifras citadas en apartados anteriores son justificación razonable para revisar los tratamientos que se están llevando a cabo a nivel nacional e internacional para poder ayudar, tanto a los pederastas como a las personas afectadas. Además, el psicólogo debe prestar ayuda a todos aquellos cuya salud mental, bienestar y plenitud no están en su total desarrollo (COP, 2010). Es necesario encontrar tratamientos que se ajusten a las necesidades de nuestros pacientes, ya que además de la importancia de la intervención, también son importantes las futuras víctimas que pueden producirse fruto de su preferencia sexual.

Debido a todo lo anteriormente mencionado, el objetivo de este estudio será examinar la evolución de los tratamientos de la pederastia, así como la eficacia de estos tanto para personas que se encuentren en centros penitenciarios como para aquellos que por el contrario se encuentran fuera de prisión.

2. Métodos

2.1 Estrategias de Búsqueda

Para la realización del estudio se llevó a cabo una revisión sistemática de documentos de sociedades científicas dedicadas a la salud mental, así como revisiones de tratamientos y estudios científicos para poder obtener toda la información necesaria y relacionada con el tema de interés. Uno de los primeros procedimientos llevados a cabo fue la búsqueda en Google Scholar de documentos y artículos científicos publicados por profesionales y revistas científicas de España e internacionales sobre la pederastia y sus tratamientos. Al principio se realizó la búsqueda filtrando los documentos desde 2005 con la finalidad de aportar información actualizada, debido a los escasos resultados, se tuvo que ampliar el rango temporal a 1990. Es importante mencionar que a la hora de buscar tratamientos no se utilizó ningún filtro temporal debido a la escasez de artículos tanto recientes como más antiguos, de manera que se pudiera obtener toda la información posible. Fruto de esta recopilación de información se decidió dividir la parte de resultados en programas de tratamiento que se aplican dentro de un centro penitenciario y programas de tratamiento que se aplican fuera de este.

También se obtuvo información de otras bases de datos como Psycinfo y Dialnet, extrayendo de las mismas, artículos en español, en inglés y en alemán. Una vez se seleccionaron los artículos, se analizaron las referencias bibliográficas de los mismos para recuperar otros estudios y autores significativos con la finalidad de incluirlos en la revisión. Se examinaron aquellos artículos cuyo título indicaba relación con el tema de interés, es decir, aquellos en los que se incluían palabras como pederastia, tratamientos, eficacia, agresores sexuales y aquellos artículos que citados durante el texto aportaban información relevante y concreta. Dichos artículos fueron localizados a través de Google Scholar y las bases de datos anteriormente mencionadas.

2.2 Criterios de exclusión y de inclusión

En la búsqueda bibliográfica se incluyeron documentos que habían realizado diferentes profesionales y asociaciones científicas sobre estudios relacionados con la pederastia o agresores sexuales. Las principales palabras claves que permitieron la obtención de información fueron: pedofilia, pederastia, parafilias, tratamiento, eficacia, prevención, agresores sexuales y abuso sexual a menores (y sus correspondientes términos en inglés). Una vez obtenida la información se utilizó como criterio de inclusión aquellos documentos que incluyeran información sobre pederastas y agresores sexuales y sobre tratamientos utilizados en esta misma población. También se incluyeron aquellos documentos que aportaban información sobre la eficacia que habían tenido dichos tratamientos tanto a largo como a corto plazo y aquellos que permitieron conocer cuáles habían sido los tratamientos que habían tenido los resultados óptimos tanto dentro del centro penitenciario como fuera. El criterio de exclusión se aplicaba a aquellos artículos que se centraban en el estudio de la etiología de la pederastia, así como aquellos documentos que se centraban en la actuación jurídica.

2.3 Extracción de datos

Una vez realizada la búsqueda se obtuvieron 63 artículos de los cuales se descartaron 24 ya que no recogían la información clave para realizar el estudio. Para conocer el contenido de los artículos se realizó una lectura del abstract y en caso de que la misma fuera de utilidad y estuviera relacionada con el tema diana, se realizó una lectura completa del documento. En otro tipo de documentos se utilizó el índice para conocer en que páginas exactas se encontraba el contenido de interés.

3 Resultados

A continuación, se expondrán los resultados del presente estudio, comenzando por un recorrido por los distintos tipos de tratamiento existentes, continuando con programas de tratamiento en vigor tanto dentro del centro penitenciario como fuera del mismo a nivel nacional e internacional.

3.1 Tipos de tratamiento

Los tratamientos para abordar el problema de la pedofilia y/o pederastia, han ido variando a lo largo de la historia. Actualmente los tratamientos más efectivos se dividen en dos grandes bloques, la psicoterapia y el tratamiento farmacológico.

Tratamiento de psicoterapia

Entre los distintos modelos de psicoterapia, se encuentra que el enfoque cognitivo-conductual es el más utilizado en este tipo de problemáticas relacionadas con la delincuencia sexual y pedofilia. Los objetivos principales de la psicoterapia son, que el paciente acepte su preferencia sexual, se haga responsable de sus actuaciones y evitar la reincidencia en caso de que se haya producido algún abuso o agresión. En caso de que no se haya producido un delito, el objetivo es prevenir que llegue a cometerse (Trabazo y Azor, 2009).

Para la consecución de estos objetivos se utilizan distintas técnicas (Muse y Frigola, 2003):

- Técnicas de Condicionamiento Clásico

Estas técnicas se basan principalmente en métodos aversivos de extinción. Se trata de generar una nueva asociación entre un estímulo aversivo y la excitación sexual disfuncional. El estímulo más utilizado y eficaz era una descarga eléctrica, pero debido a problemas éticos y morales se dejó de realizar esta práctica (Marshall, et al., 1983, citado en Muse y Frigola, 2003) y se sustituyó por estímulos aversivos como un olor desagradable (Levin et al., 1977, citado en Muse y Frigola, 2003) o un mal sabor (Maletzky, 1973, citado en Muse y Frigola, 2003) aunque cada vez se utiliza con menos frecuencia esta técnica.

- Técnicas de Aprendizaje Operante y Social

Estas técnicas no aversivas se basan en el condicionamiento operante y el aprendizaje social.

- Adiestramiento en empatía. El entrenamiento de la empatía es algo imprescindible para comenzar un tratamiento terapéutico con delincuentes sexuales (Murphy, 1990, citado en Muse y Frigola, 2003). Una parte bastante sustancial de la psicoterapia consiste en hacer consciente a la persona de las consecuencias que tienen sus actos sobre la víctima y para ellos mismos. Se intenta que el paciente no imponga sus deseos sexuales a otras personas. En este proceso se incorporan cinco segmentos (Maletzky, 1997, citado en Muse y Frigola, 2003): la identificación con la víctima, la identificación con el acto victimizador, la identificación del daño, inversión de roles y el desarrollo de la empatía en sí misma.
- Entrenamiento de Habilidades Sociales. Tiene como finalidad ayudar a los pacientes desarrollando su asertividad, tanto a personas con un alto grado de timidez, para que puedan expresar sus preferencias y apetencias, como a las personas agresivas para que expresen sus deseos en vez de imponerlos.
- Prevención de recaídas. Durante el transcurso de esta técnica se le pide al paciente que detecte algunos factores que considere que fueron precipitantes para cometer el acto delictivo. En esta parte, se debe ayudar al sujeto a elaborar herramientas para que puedan hacer frente a estos factores de riesgo y reducir su efecto. Se trata de que el paciente sea capaz de conocer la secuencia de acciones que acaban en un delito (Alonso y Miró, 2013).
- Autoestima. Se trata de generar un ambiente de apoyo y motivación donde el sujeto pueda desarrollar su capacidad de cambio y mejora en ámbitos como el educativo, laboral y social. Por otro lado, también se les alienta para identificar características positivas de uno mismo, repasando cada día estos adjetivos para que mejore su autoestima (Alonso y Miró, 2013).

- Técnicas Cognitivas

Esta técnica consiste en detectar las distorsiones cognitivas del paciente y se utilizan maniobras destinadas a refutar dichas distorsiones. Se identifican pensamientos disfuncionales, o argumentaciones que respaldan sus actuaciones, para evidenciarlos y poder reemplazarlos por otros pensamientos más funcionales.

Antes de comenzar a hablar de la eficacia de la psicoterapia cognitivo conductual, es necesario destacar que la comunidad científica coincide en que es uno de los tratamientos más eficaces para el tratamiento de delinquentes sexuales, incluyendo a pederastas. En 2009, según Trabazo y Azor, los datos sobre la eficacia de estos tratamientos anteriormente expuestos son escasos, aunque algunos autores apuntan a una disminución de la reincidencia de hasta un 50% o 60% de los casos, una vez el paciente se ha sometido a un tratamiento de tipo cognitivo-conductual con o sin apoyo de medicación. También señalan la importancia de factores que pueden favorecer o dificultar el tratamiento como la motivación, la percepción de la problemática y la presencia de algún otro trastorno mental.

Siguiendo en la línea de la eficacia, Hall realizó en 1995 un metaanálisis obteniendo como resultados que los métodos cognitivos-conductuales consiguieron efectos significativamente superiores al resto de métodos con un tamaño del efecto de $r=0.29$ (Hall, 1995, citado en Alonso y Miró, 2013). Por otro lado, según el metaanálisis en el que se revisaron 21 programas, realizado por Polizzi, McKenzi y Hickman (1999), se encontraron 4 programas con metodología cognitivo-conductual con resultados muy positivos (citado en Alonso y Miró, 2013).

Finalmente, algunos autores (Gallagher, Wilson y MacKenzie, 1999, citado en Alonso y Miró, 2013) indicaron que los efectos más positivos de los programas se hallaban en los métodos cognitivos-conductuales de prevención de recaídas con un tamaño del efecto de $r=0.23$. Los programas están basados en el desarrollo de la capacidad para controlar sus impulsos y en la identificación de situaciones de riesgo. Sin embargo, en las prisiones, los programas obtuvieron una menor eficacia ($r=0.18$) que los empleados en comunidad ($r=0.29$). La razón a la que podría deberse este acontecimiento es que los agresores más peligrosos se encuentran en centros penitenciarios y tienen una probabilidad mayor de reincidencia que los que se hallan en libertad, considerados como menos violentos.

Tratamiento farmacológico

En el tratamiento farmacológico para las parafilias, encontramos principalmente dos tratamientos, el tratamiento hormonal y el tratamiento con medicamentos psicoactivos.

- Tratamiento hormonal/antiandrogénico

Las personas que llegan a recibir este tratamiento son pacientes que pueden tener un riesgo elevado de reincidencia, así como un nivel alto peligrosidad. Comúnmente se utiliza con pederastas y agresores sexuales y se denomina castración química.

El tratamiento de castración química consiste en el suministro de anti-andrógenos que tiene como función principal, reprimir los impulsos sexuales de la persona y reduce la producción de testosterona. Podría asemejarse a los resultados de la castración quirúrgica, pero con el beneficio de que la castración química es reversible y resulta más económico que mantener al sujeto en prisión. Los compuestos químicos que se utilizan son el Acetato de Medroxiprogesterona (MPA), también conocido como Depro-Provera y el acetato de Ciproterona (CPA). Estos fármacos hacen que no se produzca más testosterona ya que el cerebro detecta que ya hay suficiente. La medicación se suministra semanalmente produciendo resultados muy efectivos, pero en cuanto el paciente deja de tomar la medicación su efecto decae (Alonso y Miró, 2013). Por otra parte, es importante hablar de los efectos secundarios que producen estos fármacos y de los daños que se pueden ocasionar como resultado de una incorrecta dosificación. Entre los efectos secundarios podemos encontrar una disminución de la masa ósea, aumento de peso, sudores fríos, pesadillas, debilidad muscular y fatiga, atrofia testicular, calambres en las extremidades, pérdida de pelo e incremento de la temperatura corporal, entre otros (Robles, 2007).

- Tratamiento con medicamentos psicoactivos

Aunque esta medicación es menos eficaz que los fármacos anti-andrógenos, tienen el mismo objetivo que es la reducción de la libido. Medicamentos como el Prozac, que es un antidepresivo que se utiliza principalmente para el tratamiento de depresiones o trastornos de ansiedad, cuyos efectos secundarios no son muy adversos, generan una reducción del deseo sexual. Se considera que este medicamento es bastante eficaz ya que un 70% de los pacientes que consumen este

medicamento manifiestan una reducción del deseo sexual (Bernstein, 1983, citado en Muse y Frigola, 2003). Algunos estudios con esta medicación reflejan un mayor control de los impulsos, lo que conlleva a una disminución de las fantasías y del deseo sexual (Trabazo y Azor, 2009).

En cuanto a la eficacia de los tratamientos hormonales, la mayoría de los estudios son internacionales ya que, en España, como se mencionará más adelante, la castración química se aprobó en 2010 en Cataluña, siendo la misma de carácter voluntario. Con respecto a la eficacia no hemos podido encontrar ningún estudio que arroje luz sobre cómo está funcionando la castración química en Cataluña.

En 1988, Hucker y Col realizaron una investigación basada en el estudio del placebo con asignación aleatoria. Se dividieron a 11 pederastas en dos grupos, siendo 5 del grupo control y 6 del grupo de tratamiento. Los resultados que se obtuvieron fueron que en el grupo de tratamiento se produjo una reducción significativa de los niveles de testosterona y las fantasías sexuales en comparación con el grupo placebo. También se evidenció que los comportamientos sexuales, como la frecuencia en la masturbación, la frecuencia en el orgasmo, el nivel de erección, etc., no se redujeron (citado en Alonso y Miró, 2013).

Rösel y Witztum en 2000 estudiaron la eficacia de la castración química. Los resultados que obtuvieron fueron que la acción prolongada de la hormona liberadora de gonadotropina, simultáneamente con un tratamiento de psicoterapia, era altamente eficaz para el control de parafilias como la pedofilia. Sin embargo, en 2005 Lösel y Schmucker después de la elaboración de un metaanálisis, expusieron que el tratamiento hormonal es más eficaz que el tratamiento terapéutico (citado en Alonso y Miró, 2013).

Finalmente cabe mencionar que este tipo de tratamiento se ha demostrado que es eficaz para pacientes con algún trastorno parafílico como lo es la pedofilia, ya que con agresores sexuales de hombres y/o mujeres adultas/os interfieren otro tipo de factores sobre los que la medicación no genera ningún efecto.

Tabla 3.1 Tipos de tratamiento

Tipos de tratamiento	Técnicas	Objetivo del tratamiento	Eficacia
Psicoterapia	-Técnicas de Condicionamiento Clásico	-Aceptar la preferencia sexual	-Disminución de la reincidencia hasta un 50% o 60% de los casos
	-Técnicas de Aprendizaje Operante y Social	-Evitar la reincidencia -Responsabilidad de los propios actos	-Efectos significativamente superiores al resto (r=0.29)
	-Técnicas Cognitivas		
Tratamiento farmacológico	-Tratamiento hormonal/antiandrogénico	-Eliminar la reincidencia	-Reducción de las fantasías sexuales
	-Tratamiento con medicamentos psicoactivos	-Reducir el impulso sexual	y niveles de testosterona

3.2 Programas de intervención en centros penitenciarios

Se encontraron tres programas de intervención en centro penitenciarios, de los cuales dos tienen lugar en España y uno en otros países. El tratamiento a delincuentes sexuales es una actividad poco frecuente, lo que significa que el número de agresores sexuales que reciben tratamiento es muy reducido. No obstante, en los últimos 20 años en España se ha propiciado un desarrollo intensivo en las investigaciones sobre las agresiones sexuales.

Fruto de este desarrollo en las investigaciones surge el Programa de Control de la Agresión Sexual (PCAS). Dicho tratamiento se lleva a cabo en los centros penitenciarios de España desde el año 1998. En 2005 se realizó una adaptación del programa original de Garrido y Beneyto (1996), que resultaba ser muy eficaz estimando la reincidencia sexual, dando lugar al manual “El control de la agresión sexual: Programa de intervención en el medio penitenciario” llevado a cabo por psicólogos del cuerpo Superior de Técnicos de Instituciones Penitenciarias (Rivera et al., 2006).

Actualmente se utiliza este programa en centros penitenciarios en España para internos que han cometido delitos sexuales, ya que se considera que tienen necesidades emocionales distintas a aquellos que cometen otro tipo de delito. Principalmente, va destinado a prevenir la recaída de los delincuentes sexuales reincidentes o que tienden a repetir el asalto sexual. Está enfocado también para el tratamiento tanto de pederastas

como para agresores de mujeres adultas, mediante la utilización de una serie de intervenciones que habiliten a los agresores para que sea posible mantener relaciones sexuales libres y saludables.

El programa se compone de dos fases bien diferenciadas: la evaluación de cada sujeto que ha elegido voluntariamente participar y la intervención psicosocial en un programa de acción. La fase de evaluación está fundamentada en la propuesta de Marshall y Barbaree (1989) (citado en Rivera et al., 2006), que se trata de una de las evaluaciones más íntegras encontradas sobre los delincuentes sexuales que se centra en tres puntos:

- La conducta sexual. Se realiza un análisis de las preferencias sexuales desviadas y de su funcionamiento sexual ya que es común encontrar relaciones sexuales deficitarias entre el agresor y su pareja.
- El funcionamiento social. Se evalúan algunas habilidades sociales como la empatía, la asertividad social y habilidades de relación entre otras.
- Distorsiones cognitivas. En los presos que han abusado de niños, se determinan las actitudes que les permiten racionalizar su conducta.

Dado que en este programa se modifica el patrón de excitación de la conducta sexual, las distorsiones cognitivas y los patrones de vida, es necesario que el tratamiento sea prolongado en el tiempo. Se considera conveniente que la duración del programa oscile entre los 9 y 11 meses con un tiempo de sesión de 3 horas por sesión y dos sesiones semanales.

Para comprobar su eficacia en 2008 se realizó un estudio para conocer la reincidencia sexual de 43 presos reclusos por agresiones sexuales en un Centro Penitenciario de Madrid. Para llevar a cabo el estudio se dividió al grupo en dos: un grupo control que estaba formado por 21 internos los cuales no se encontraban bajo el tratamiento y un grupo experimental, que estaba formado por 22 internos que sí se encontraban en tratamiento (Valencia, Andreu, Mínguez y Labrador, 2008).

Los resultados que se obtuvieron del estudio concretaron que el grupo experimental (4%) tuvo una reincidencia menor que el grupo control (13%). Del total de los presos sólo 7 reincidieron y exclusivamente un preso pertenecía al grupo experimental, por lo que se

encontraba bajo el tratamiento y los 6 restantes correspondían al grupo control. Por último, se destacó que sólo 3 sujetos tuvieron una reincidencia de tipo sexual.

El Programa de Control de la Agresión Sexual, por tanto, es actualmente uno de los tratamientos más apropiados y hace que tengamos unas previsiones de futuro positivas. Este programa ha sido revisado dando especial atención a los factores positivos y negativos. Como conclusiones generales se obtuvo que el programa aborda de forma efectiva muchos de los aspectos emocionales de los pacientes sin producir abandono terapéutico, si bien la duración es tan elevada que lleva a producir reacciones hostiles (Herrero, 2007).

Otro de los tratamientos encontrados que se imparten en el ámbito penitenciario en España, tiene lugar en el centro penitenciario de Aranjuez, Madrid. El programa de intervención frente a la delincuencia sexual con menores en la red, llamado Fuera de la Red, va destinado a trabajar con personas que han sido condenadas por delitos de consumo de pornografía infantil por Internet.

Este programa tiene como objetivos principales que los participantes a través de un enfoque positivo consigan estar más receptivos al tratamiento. También intenta mejorar el funcionamiento psicológico de los penados en los ámbitos relacionados con la pornografía infantil, y por último también buscar reducir el riesgo para evitar que se produzca un abuso real a un menor y reducir la reincidencia de las personas que se encuentran en prisión por haber cometido este tipo de delito.

La duración se estima que sea de 10 meses con sesiones grupales o individuales de terapia en función de las consideraciones del profesional que realiza la evaluación inicial. El programa consta de tres fases, la primera de ellas es la Fase de Motivación y Evaluación en la que se trabaja individualmente con el paciente con el objetivo de incrementar su motivación de cambio y crear un Plan Motivacional Individualizado. La segunda fase es la de Intervención, donde, de manera progresiva, se analizan aspectos relevantes del paciente como el apego, la conducta, la gestión emocional, creencias relacionadas con la conducta delictiva y relaciones de intimidad, así como explorar la sexualidad de la persona desde un punto de vista positivo. Finalmente, encontramos la Fase de Seguimiento, en la cual, se realiza una evaluación final para conocer la evolución del paciente y se cierra la intervención poniendo énfasis en los objetivos conseguidos.

Otro tipo de tratamiento que se imparte en los centros penitenciarios es la castración química que, actualmente se encuentra en vigor en muchos países (Fontcuberta y Vázquez, 2016). Este programa fue instaurado en 2010 en Cataluña y la participación del paciente es voluntaria. A nivel internacional hay otros muchos países que también cuentan con la castración química. En Corea del Sur se aprobó este tipo de tratamiento en 2012 como consecuencia de la elevada suma de pederastas reincidentes condenados en prisión. En Indonesia, se implementará la castración química como medida obligatoria para aquellos condenados por pederastia. En Rusia también se lleva a cabo el tratamiento de castración química de manera obligatoria debido al aumento de víctimas de abuso. El primer país europeo en llevar a cabo este tipo de tratamiento fue en Polonia en 2009, también de manera obligatoria (Fontcuberta y Vázquez, 2016). Según Robles (2007) en Europa la castración química ha suscitado el debate político en algunos países como Francia o Inglaterra, pero finalmente en 2004 en Francia se aprobó el uso de este tratamiento. Por otro lado, en Alemania se encuentra una ley de castración química voluntaria y otro tipo de tratamientos dirigidos a pedófilos, que se desarrollarán más adelante. Finalmente, en Estados Unidos según este mismo autor, un tercio de los estados tienen en vigor este tratamiento. California fue el primer estado en llevar a cabo la ley de castración química. En otros estados como Florida, el juez puede imponer este método, aunque se trate del primer delito sexual. La duración de este varía en función del estado.

Este tratamiento va dirigido a aquellas personas que han sido condenadas por algún tipo de delito sexual, que no han sido rehabilitadas y que tienen un alto riesgo de reincidencia. Este tratamiento no se utiliza exclusivamente con pederastas si no también con agresores sexuales (Fontcuberta y Vázquez, 2016). Como ya se ha mencionado anteriormente dependiendo del país, la participación en este tratamiento puede tener carácter voluntario.

Robles (2007) habla de la alta efectividad del tratamiento de castración química, aunque cabe mencionar que no en todos los casos. La comunidad científica está de acuerdo en que este tratamiento hormonal es efectivo en los casos de delitos por pederastia ya que en estos casos encontramos un factor biológico predominante. Sin embargo, según Echeburúa (2009), otro tipo de agresores sexuales pueden buscar aparte del placer sexual, sentimientos de poder sobre la víctima, aumentando estos cuando la víctima se resiste, en estos casos los fármacos propios del tratamiento de castración química no funcionarían. Es importante también la periodicidad con la que se administra el fármaco, así como su correcta administración.

Finalmente, para conseguir una fiabilidad alta, Pérez Manzano (2011) considera un factor importante la voluntariedad por parte de los pacientes para iniciar el tratamiento y rechaza la obligatoriedad. Sin embargo, en Oregón, en 2006 se llevó a cabo un estudio realizado por Maletzky, Tolan y McFarland con una muestra de 55 hombres los cuales habían cometido delitos de índole sexual, obligados a recibir tratamiento farmacológico. Los resultados obtenidos fueron sorprendentes, ya que la reincidencia en aquellos que habían recibido el tratamiento era significativamente mejor que el resto y ninguno de los pacientes tratados reincidieron (citado en Alonso y Miró, 2013). Esta mejora podría deberse a que, al tratarse un tratamiento farmacológico, la motivación del paciente no tiene un papel principal en el desarrollo del tratamiento, aunque no se han obtenido investigaciones en relación con esta hipótesis.

Por otro lado, es interesante destacar que en este caso, el tratamiento de castración química parece que también tuvo éxito en personas que habían cometido delitos sexuales y no exclusivamente personas con trastornos parafílicos. Esto se debe a que como se ha mencionado anteriormente, Echeburúa (2009) dice que la castración química está indicada cuando hay una actividad sexual elevada acompañada de una falta de control de impulsos. Sin embargo, estos fármacos no cumplen su función cuando el motivo que lleva a la persona a cometer un acto sexual delictivo es humillar o dominar a la víctima y hay presencia de conductas violentas, consumo de drogas y trastornos de la personalidad. Por lo tanto, el tratamiento antiandrogénico, puede funcionar en grupos de agresores sexuales específicos y en personas con trastornos parafílicos.

Tabla 3.2 Programas de tratamiento fuera del centro penitenciario

Programa de tratamiento	País	Población a la que va dirigido	Duración del tratamiento	Objetivos	Eficacia
Programa de Control de la Agresión Sexual	España	Pederastas y agresores de mujeres adultas	Entre 9 y 11 meses. 2 sesiones semanales de 3 h.	Modificación del patrón de excitación sexual y distorsiones cognitivas	Reincidencia del grupo experimental (4%) menor que la del grupo control (13%)
Fuera de la Red	España	Consumidores de pornografía infantil	10 meses con sesiones grupales o individuales a concretar por el profesional	Reducir el riesgo abusos o agresiones directas. Reducir la reincidencia.	No se han encontrado datos
Castración Química	España, Corea del Sur, Rusia, Polonia, Alemania, Francia, EE. UU.	Pederastas con riesgo de reincidencia alto. *Puede ser voluntario en función del país	Depende del paciente, ya que sus efectos son reversibles.	Reducir el impulso sexual y con ello posibles agresiones	Reincidencia significativamente mejor que los que no recibieron tratamiento

3.3 Programas de intervención fuera de los centros penitenciarios

Se encontraron tres programas de intervención en centro penitenciarios, los cuales tienen lugar en Alemania. Los tratamientos que se realizan fuera de los centros penitenciarios tienen la finalidad de prevenir un posible abuso o agresión sexual por aquellas personas que comienzan a tener pensamientos relacionados con prácticas sexuales con niños/as o que tienen una preferencia sexual hacia menores y han podido cometer abusos.

En Alemania se encuentra en vigor un programa que lleva impartándose desde 2005 en Berlín. Este programa se llama Red de Prevención Kein Täter Werden o Proyecto Dunkelfeld. Este proyecto va destinado a tratar a aquellas personas que piden ayuda debido su preferencia sexual hacia menores, personas que han podido cometer algún tipo de delito sexual contra menores o que no lo han cometido, pero están en factor de riesgo para que se pueda producir algún ataque. Es significativo que, en este programa, los profesionales se comprometen a no denunciar si la persona ha cometido algún delito, con la condición de comenzar un tratamiento.

Al proyecto es imprescindible ingresar de manera voluntaria, se considera que es realmente importante que los participantes tengan la disposición de no querer realizar ningún ataque ni consumir imágenes pornográficas infantiles. El tratamiento consiste en psicoterapia de corriente conductual enfocada a la aceptación de su preferencia sexual, recibiendo una serie de herramientas necesarias para que los pacientes puedan ir integrando su orientación sexual en su autoimagen. También se intenta que puedan hacer un manejo más satisfactorio de algunas parcelas de sus vidas y finalmente, conseguir un control del impulso sexual para evitar cualquier tipo de agresión o abuso sexual hacia algún menor. La psicoterapia tiene dos enfoques, por un lado, un tipo de prevención primaria dirigida a aquellos que se sienten temerosos de poder llegar a cometer algún tipo de abuso sexual y a aquellos que se sienten seducidos por imágenes pornográficas infantiles en Internet. Por otro lado, se encuentra la prevención secundaria dirigida a pacientes que ya han cometido algún tipo de delito sexual contra algún menor y que consumen pornografía infantil. El contenido de la terapia está protagonizado por la dinamización de recursos personales, el trabajo con la autoestima del paciente, la motivación para el control de la propia conducta, la identificación de situaciones de riesgo y mejora o desarrollo de habilidades sociales para prevenir abusos sexuales.

Los resultados del estudio que se realizó años después (Beier et al., 2009), muestra que aquellos pacientes que terminaron el tratamiento presentaron una disminución de los sesgos cognitivos y un aumento de la empatía con la víctima. Una quinta parte de los pacientes decidieron añadir a su proceso terapéutico un tratamiento farmacológico de privación de andrógenos para un mayor control de su conducta sexual. El programa de tratamiento tiene como duración un periodo de tiempo de un año. La terapia se puede realizar de manera grupal o individual basada en un enfoque médico-sexual y conductual-terapéutico.

Por otro lado, encontramos que el Proyecto Dunkelfeld incluye también tratamiento farmacológico fuera del ámbito penitenciario: es la Terapia de Privación Androgénica de pedófilos auto-identificados y buscadores de ayuda en el Dunkelfeld (Amelung, Khule, Konrad, Pauls y Beier, 2012). Tiene lugar en la Clínica Universitaria Charité, en Berlín, Alemania. El programa se lleva a cabo con hombres que cumplen con los criterios del DSM-IV-TR para el trastorno de pedofilia, atraídos por niños, niñas o ambos, que han cometido alguna ofensa o no y con fantasías sexuales que involucran a niños/as prepúberes. Los pacientes acceden al tratamiento de manera voluntaria y a continuación se

les realiza una evaluación psicosexual que incluye entrevista y cuestionarios de autoinforme para datos sociodemográficos, preferencias sexuales, intereses parafílicos, factores psicológicos, antecedentes penales y comportamiento sexual parafílico.

El tratamiento terapéutico es acompañado por el uso de farmacología específica para cada paciente. Todos aquellos que reciben tratamiento farmacológico son examinados por un médico e informados de todos los posibles efectos adversos que puede tener la medicación. El fármaco se ajusta de acuerdo con la presencia de angustia y el riesgo que tiene el paciente. Los casos que se consideran que son menos graves reciben el acetato de Ciproterona (CPA) de 300 mg o 600 mg cada dos semanas. Sin embargo, los casos más graves reciben hormonas liberadoras de gonadotropina (GnRH) durante 3 meses. También se les administraron inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) adicionales para reducir síntomas depresivos.

En la misma línea del país alemán, se encuentra en vigor el Programa de Prevención Primaria del abuso sexual por menores (Beier et al., 2016). El estudio se lleva a cabo por el Instituto de Sexología y Medicina Sexual de la Charité, Universitätsmedizin en Berlín en cooperación con el Departamento de Psiquiatría, Psicoterapia y Psicósomática Infantil y Adolescente del Hospital Vivantes en Friedrichshain, Berlín y fue lanzado oficialmente el 5 de noviembre de 2014.

El programa va dirigido a jóvenes con edades comprendidas entre 12 y 18 años que sienten atracción sexual por niños/as prepúberes. Desde 2005 se atiende a varones pedófilos mayores de 18 años que han mencionado que desde edades muy tempranas ya conocían su orientación sexual y hubieran deseado un apoyo terapéutico temprano ya que, durante su adolescencia, ya comenzaban a tener conductas de abuso sexual infantil. El programa busca a través de campañas en medios de comunicación, animar a los jóvenes a iniciar un proceso de tratamiento terapéutico para prevenir conductas sexualmente abusivas. Un total de 49 jóvenes contactaron con el proyecto una vez lanzada la campaña en los medios, de los cuales 21 jóvenes se incluyeron en el proyecto después de realizarles una evaluación.

El programa se basa principalmente en un tratamiento terapéutico en el que se modifican las distorsiones cognitivas y se intenta lograr una mayor funcionalidad familiar. El objetivo es incrementar el apoyo y la ayuda al paciente para que pueda aceptar y responsabilizarse

de sus acciones y prevenir el retraimiento del menor. De esta forma se ayuda a que la familia acepte la orientación sexual del menor. Además, también se proporciona información en relación con la sexualidad.

Como resultados principales se obtuvo que la preferencia sexual está definida en la adolescencia y puede ser evaluada a través de la investigación de fantasías onanistas. También se encontró que el 82.5% de los jóvenes entre 12 y 18 años que acudieron ya habían llevado a cabo conductas abusivas contra niños/as. Los resultados de la experiencia clínica no están disponibles dado que el proyecto todavía está en curso (financiado de 2014 a 2017) y se trata de un tratamiento de prevención. Es importante destacar que este tratamiento no valora la perspectiva de curación en el sentido de hacer que los impulsos sexuales hacia niños desaparezcan, sino ayudarles a aceptar y a controlar sus impulsos para prevenir futuros abusos.

Se encuentran limitaciones como la motivación de los pacientes, ya que la mayoría contactaron con el proyecto a través de sus progenitores o tutores legales, lo que hizo que la automotivación de los jóvenes fuera cuestionable. También se encontró que la mayoría de los datos de diagnóstico estaban basados en autoinformes.

El proyecto alemán de prevención sirvió como ejemplo para la creación de otros programas con las mismas características y con la misma finalidad. Este es el caso de Abel Sexual Abuse Prevention (ASAP), este programa tiene lugar en Estados Unidos desde 2014. Una de las técnicas que ofrecen es la terapia de aversión mediante estímulos desagradables. La finalidad es que la persona controle sus acciones y modificar su patrón de excitación.

El otro programa que encontramos con la misma función es Sexual Behaviours Clinic en Ottawa, Canadá, instaurado en el año 2014. Este programa plantea los mismos objetivos que los programas de prevención anteriormente citados, proporcionan la ayuda necesaria a todo aquel que la solicite, relacionada con el interés sexual hacia menores.

En cuanto a la eficacia no se han encontrado datos que nos puedan ilustrar de la efectividad de ambos programas de tratamiento, tanto del Abel Sexual Abuse Prevention (ASAP) y Sexual Behaviours Clinic.

Tabla 3.3 Programas fuera del centro penitenciario

Programa de tratamiento	País	Población a la que va dirigido	Duración del tratamiento	Objetivos	Eficacia
Red de Prevención Kein Täter Werden o Proyecto Dunkelfeld	Alemania	Pedófilos y/o pederastas con o sin delitos sexuales.	12 meses	Aceptación de la orientación sexual. Controlar el impulso sexual.	Disminución de los sesgos cognitivos y empatía con la víctima. *No se han encontrado datos de eficacia de los programas ASAP y Sexual Behaviours Clinic
ASAP- Abel Sexual Abuse Prevention	EE. UU	*Ingreso voluntario			
Sexual Behaviours Clinic	Canadá				
Terapia de Privación Androgénica de pedófilos	Alemania	Pedófilos y/o pederastas con o sin delitos sexuales. *Ingreso voluntario	Depende del paciente	Reducción del impulso sexual	No se han encontrado datos
Programa de Prevención Primaria del abuso sexual por menores	Alemania	Jóvenes (12-18) que sienten atracción sexual niños/as prepúberes	Depende del paciente	Prevención de delitos sexuales a menores y el aislamiento social del paciente.	Datos en curso

4 Discusión

4.1 Interpretación de Resultados

Los resultados obtenidos en el presente estudio indican que ha habido un desarrollo de los programas de tratamiento alrededor de la última década, tanto a nivel nacional como internacional. Los tratamientos de pederastia encontrados se dividen en dos grandes bloques, a raíz de los cuales surgen distintos programas. Estos dos tipos de tratamiento son el tratamiento terapéutico y tratamiento farmacológico o una combinación de ambos. Los datos obtenidos indican que ambos tienen una eficacia elevada en relación con los objetivos que plantea cada tratamiento. Aunque algunos autores (Lösel y Schmucker, 2005 citado en Alonso y Miró, 2013) consideran más eficaz el tratamiento de castración

química que el tratamiento terapéutico cognitivo conductual en cuanto a niveles de reincidencia. Sin embargo, hay otros autores (Rösel y Witztum, 2000 citado en Alonso y Miró, 2013) que fruto de sus investigaciones contemplan que la castración química junto con un tratamiento terapéutico es altamente eficaz para el control de la pedofilia y otras parafilias. En total se encontraron seis programas de tratamiento con distintas características. La mitad de estos programas se imparten dentro de centros penitenciarios, de los cuales dos, se desarrollan en España. El programa restante se ofrece en distintos países como Corea del Sur, Indonesia, Rusia, Polonia, Francia, Alemania y EE. UU. La otra mitad, son programas de prevención y por tanto el tratamiento no se realiza dentro de prisión, los tres tienen lugar en Alemania y un programa también se imparte en EE. UU y Canadá.

Un avance muy positivo en el desarrollo de los tratamientos destinados a pederastas y/o pedófilos son los programas de prevención fuera del centro penitenciario, ya que la persona puede haber cometido algún delito sexual (o estar a punto de hacerlo), no estar en prisión y por lo tanto no recibir ningún tratamiento. La cifra de personas de toda Alemania que han buscado ayuda en el Proyecto Dunkelfeld alcanza las 8.500 hasta septiembre de 2017, de los cuales 1.418 pudieron empezar el tratamiento. A los restantes se les derivó a otros centros debido a otros problemas mentales graves (Beier, et al., 2009). Estos datos arrojan luz sobre la cantidad de hombres que demandan ayuda y que presentan sintomatología relacionada con el interés sexual por menores. Los programas de prevención empezaron a utilizarse en 2005 y tienen, como foco de trabajo, evitar más víctimas y que las personas que sufren esta enfermedad puedan abordar su problema lo antes posible para evitar alargar su malestar.

Por otro lado, un aspecto relevante que cabe mencionar es la voluntariedad y la motivación a la hora de iniciar cualquier tratamiento. Pérez Manzano (2011) considera indispensable para conseguir una alta fiabilidad, que el sujeto de manera voluntaria comience el tratamiento. Sin embargo, no se han encontrado investigaciones de por qué en el caso de la castración química, aun obligando a los pacientes a participar, encontramos cierta mejoría como ocurrió en Oregón en 2006 (Maletzky, Tolan y McFarland). La mejora en aquellos casos en los que han sido obligados a recibir tratamiento podría deberse a que, al tratarse de un tratamiento farmacológico únicamente, la motivación tiene un papel menor y el efecto se reduce aspectos fisiológicos, aunque no hay investigaciones al respecto. Esto nos lleva a pensar que si la persona realmente no

quiere iniciar el tratamiento o no quiere cambiar va a resultar muy difícil que se llegue a producir alguna mejoría. En el caso de España, la obligatoriedad de otros países contrasta con la Ley 41/2002 (2015) reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información, Capítulo I, Artículo II, donde se contempla que cualquier intervención en el ámbito de la salud, necesita un consentimiento informado previo y los pacientes tienen el derecho de oponerse a recibir un tratamiento, exceptuando aquellos casos definidos en la ley. Por otro lado, el artículo nº6 del Código Deontológico (2010) aprecia que el/la psicólogo/a debe respetar a la persona, proteger los derechos humanos y ser prudentes con los instrumentos y técnicas que aplicamos. Dado que la castración química elimina el impulso sexual, trae como consecuencia la incapacidad para mantener relaciones sexuales, así como diversos efectos secundarios (Meirelles y Fleury 2014), en España se considera importante que el paciente decida de manera libre si quiere someterse a este tratamiento con el conocimiento de las consecuencias que se puedan desencadenar.

También es importante señalar la motivación de los pacientes, ya que se han obtenido resultados de que aquellos pacientes que no tienen motivación acaban abandonando el tratamiento (Echeburúa, Sarasua, Zubizarreta y Corral, 2009). Por ello estos autores proponen desarrollar estrategias de motivación para atraer y conservar a los pacientes. Una estrategia que investigar, según sugieren algunos autores, serían las verbalizaciones automotivadoras del paciente (Froján, Alpañés, Calero y Vargas de la Cruz, 2010). Por lo que, aunque en gran parte, la elaboración de tratamiento y que sean eficaces está en manos de la comunidad científica, hay una parte muy importante y de gran peso que tiene que ser realizada por el paciente que se somete a estos tratamientos y a cualquier otro tipo de intervención terapéutica.

Por último, en cuanto a la finalidad que comparten los tratamientos y programas expuestos se encuentra que los objetivos son principalmente, que el pederasta no reincida, como en el Programa de Control de la Agresión Sexual y que acepte su preferencia sexual, como en el Proyecto Dunkelfeld. Otros tratamientos pretenden conseguir la reducción y eliminación del impulso sexual y el control de las fantasías, como es el caso de la castración química. Pero es importante destacar que en ningún programa de tratamiento se menciona que la persona deje de sentir atracción sexual por niños/as menores de 16 años. Atendiendo a estos objetivos que tienen los programas de tratamiento encontrados, cabe preguntarse qué definición de cura se está barajando al perseguir estas metas. ¿Qué

es la cura de la pederastia? ¿Que la persona deje de tener atracción por menores prepúberes? ¿Que acepte su preferencia sexual, pero sin la comisión de delitos? Si se considera la cura como la desaparición, la reducción de la intensidad de los síntomas o la reducción del sufrimiento, podríamos decir, que con la aplicación de estos tratamientos y programas podría curarse la pederastia en aquellos casos en los que como se acaba de mencionar, los síntomas que presenten los pederastas se remitan o se consigan eliminar. Pero no debemos olvidar que, aunque la persona no ejecute conductas sexuales no quiere decir que ya no se excite sexualmente con niños/as. En el caso de la castración química, al eliminar el deseo y el impulso sexual, todas las fantasías recurrentes y los comportamientos sexuales desaparecen, por lo que pueden retomar el control sobre sí mismos, pero de esta manera la persona no puede mantener ningún tipo de relación sexual. ¿Cuándo se consideraría que la persona está curada entonces? En función de cómo se defina el término “cura” en el campo del trastorno de pedofilia, estos tratamientos curarán o no la pederastia. Es significativo señalar que, aunque los tratamientos sean eficaces, no quiere decir que curen a la persona, sino que consiguen los objetivos planteados.

Actualmente existe un debate científico sin resolver en cuanto a la recuperación de la pederastia. Encontramos un sector que opina que la pederastia no se cura, que es una inclinación sexual con la que se nace y no se puede cambiar. Sin embargo, el sector opuesto considera a que la pederastia se cura y no sólo eso, sino que también se puede prevenir (de este planteamiento surgió la creación de los programas de prevención que se han visto anteriormente). Señalado este planteamiento, sería conveniente reflexionar acerca de la definición de la cura en el campo de la pederastia para poder definir bien la intervención, objetivos orientados a la persona y a su salud en los tratamientos.

4.2 Previsiones futuras

Las previsiones futuras en cuanto a los tratamientos de la pederastia vigentes en España son bastante positivas. El Programa de Control de la Agresión Sexual está obteniendo buenos resultados, teniendo un 4% de reincidencia frente a un 10%-15% de media en el índice de reincidencia (Alonso y Miró, 2013). Es importante destacar el programa de Fuera de la Red destinado a consumidores de pornografía infantil, ya que las personas que participan en este programa presentan características diferentes a otros pederastas que ya han cometido un abuso o agresión sexual. Por ejemplo, la presencia de empatía con la víctima es una diferencia significativa. Los resultados de investigaciones apuntan a que

los consumidores de pornografía se identifican menos con los/as niños/as que los delincuentes sexuales de menores (Babchishin et al., 2011, Elliott et al., 2009 citado en Pérez et al., 2017). Fruto de estos estudios se hizo evidente la necesidad de un programa de intervención específico trabajando sobre aquellos elementos que puedan desencadenar el paso de las fantasías sexuales al abuso sexual (Pérez et al., 2017). Es positivo que se creen nuevos programas de tratamiento que se adapten a las características de los delincuentes, ya que, si no se realiza esta distinción, al tener particularidades distintas, en algunos casos el programa no tendrá ningún efecto dado que no estará ajustado a las necesidades de los sujetos.

Sin embargo, el problema principal que se puede encontrar a nivel nacional es que no existen tratamientos de prevención fuera del ámbito penitenciario como ocurre en otros países expuestos con anterioridad. Estos tratamientos pueden tener resultados muy positivos como los que se tuvieron en Alemania, como se ha mencionado anteriormente. En España, el número de personas condenadas por delitos sexuales a menores es de 318 (INE, 2016) mientras que el número de abusos y agresiones sexuales a menores es de 1.271 (Memoria Elevada de la Fiscalía General de Estado, 2016). Es observable la diferencia entre los casos de abuso y agresión sexual y personas condenadas, por lo que se podría pensar que hay un gran número de hombres que no han sido condenados y, por tanto, no están recibiendo ningún tratamiento. Una iniciativa positiva que podría llevarse a cabo es la incorporación de un programa de tratamiento, con características similares a los programas alemanes. De esta manera se podría tratar a aquellos pederastas y/o pedófilos que han cometido algún delito sexual a menores y no han sido condenados y para prevenir a otros que todavía no han pasado al acto.

Por otro lado, el tratamiento de castración química únicamente está instaurado en Cataluña, y por tanto sería interesante conocer estudios sobre cómo está funcionando en España este tratamiento farmacológico. En lo tocante al tratamiento farmacológico de la castración química a nivel internacional y nacional es necesaria la investigación específica con personas con trastorno de pedofilia para ver resultados claros, ya que, hasta el momento, las investigaciones con esta población han sido muy escasas, aun sabiendo que este tratamiento hormonal es efectivo en los casos de parafilias como es la pedofilia (Echeburúa, 2008).

Siguiendo en la línea internacional, vemos que existen muchos programas de tratamiento que incluyen la prevención como es el caso de Alemania, lo cual supone un avance tanto en el desarrollo del bienestar de las víctimas como en el de los pederastas. Parece que a nivel internacional las previsiones futuras también son positivas en cuanto a la innovación a la hora de elaborar los tratamientos, aunque resulta innegable la necesidad de que más países se sumen a la implantación de este tipo de tratamientos.

En general tanto a nivel nacional e internacional se elaboran los tratamientos como una forma de castigo para la persona y no como una forma de tratamiento para poder mejorar su salud. En muchos de los casos hallamos que la finalidad de estos tratamientos es principalmente reducir el número de reincidencias y el nivel de criminalidad, así como la reducción de víctimas. Por supuesto todas ellas son importantes, pero otra finalidad principal podría ser la de preservar y mejorar la salud de la persona. Es por esto, por lo que es imprescindible a la hora de elaborar tratamientos, no perder de vista que van dirigidos a personas con malestar y sufrimiento y que nuestro objetivo como psicólogos/as es prestar ayuda a todos aquellos cuya salud mental no está en pleno auge (COP, 2010). Por ello, debemos establecer una definición de lo que se considera curar la pederastia para adaptar los tratamientos a las personas que lo van a recibir y evaluar qué tipo de tratamiento puede ser más favorable para el paciente, dependiendo de las características y circunstancias que la persona presente.

4.3 Conclusiones

El presente estudio pretende arrojar luz sobre el problema social que supone la pederastia y que afecta tanto a los propios hombres que sufren esta enfermedad como a las víctimas. Como resultado de esta preocupación social se han desarrollado programas de tratamiento en distintos países, orientados a que las personas con trastorno de pedofilia no cometan ningún delito sexual y aprendan a vivir con su preferencia sexual hacia menores. Contemplando los objetivos de los programas se debería reflexionar sobre qué se está asumiendo que es curar la pederastia. Por ello, sería transcendental reformular y consensuar qué se considera curar, para poder, a partir de este término, redefinir los objetivos de una intervención destinada a tratar la pederastia, priorizando la salud mental del paciente.

5 Bibliografía

Referencias

Abel Sexual Abuse Prevention ASAP. (2014). Obtenido de: <https://web.archive.org/web/20140517100258/http://ilovechildren.us/> (última consulta, 8 de febrero de 2018).

Alonso, N. y Miró, F. (2013). ¿Son la Castración Química y el Registro de Ofensores Sexuales la Solución? Acerca del tratamiento de los agresores sexuales y su eficacia. (Trabajo de Fin de Máster en Intervención Criminológica y Victimológica). Facultad de Ciencias Sociales y Jurídicas de la Universidad Miguel Hernández de Elche, Alicante.

Amelung, T., Kuhle, L., Konrad, A., Pauls, A. y Beier, K. (2012). Androgen deprivation therapy of self-identifying, help-seeking pedophiles in the Dunkelfeld. *International Journal of Law and Psychiatry*, 35, 176–184.

American Psychiatric Association. (2002). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.

American Psychiatric Association. (2014). *DSM-V. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-V*. Madrid: Panamericana.

Beier, K., Konrad A., Amelung T., Schneider, T., Scherner, G. y Neutze J. (2009). Präventive Behandlung nicht-justizbekannter Männer mit pädophiler Präferenzstörung: Das Präventionsprojekt Dunkelfeld (PPD) Obtenido de <https://www.kein-taeter-werden.de/story/ergebnisse-veroeffentlichungen.html> (última consulta, 3 de enero de 2018).

Beier, K., Oezdemir, U., Schlinzig, E., Groll, A., Hupp, E. y Hellenschmidt, T. (2016). “Just dreaming of them”: The Berlin Project for Primary Prevention of Child Sexual Abuse by Juveniles (PPJ). *Child Abuse and Neglect*, 52, 1-10.

Becerra-García, J. A. (2009). Etiología de la pedofilia desde el neurodesarrollo: marcadores y alteraciones cerebrales. *Revista de Psiquiatría Y Salud Mental*, 2(4), 190–196.

Becerra-García, J.A. y García-León, A. (2013). Trastorno mental en los agresores sexuales: estudio descriptivo de una muestra española. *Revista Española Medicina Legal*, 39(1), 3-6.

Colegio Oficial de Psicólogos. (2010). Artículo nº5 Código Deontológico del Psicólogo.

Colegio Oficial de Psicólogos. (2010). Artículo nº6 Código Deontológico del Psicólogo.

Echeburúa, E. (2009). ¿Qué hacer con los agresores sexuales reincidentes? *Fundació Víctor Grífols i Lucas*, 1, 5-22.

Echeburúa, E., Sarasua, B., Zubizarreta, I. y Corral, P. (2009). Evaluación de la eficacia de un tratamiento cognitivo-conductual para hombres violentos contra la pareja en un marco comunitario: una experiencia de 10 años (1997-2007). *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 9, 199-217.

Fontcuberta, M. y Vázquez, C. (2016). Castración química y pedofilia, una solución imperfecta (Trabajo de Final de Grado). Facultad de Derecho de la Universidad de Girona, Girona.

Froján, M.J., Alpañés, M., Calero, A. y Vargas de la Cruz, I. (2010). Una concepción conductual de la motivación en el proceso terapéutico. *Psicothema*, 22, 556-561.

Garreta, L. M., Pinzón, E.M., Muñoz, V.H., Lesmes, M.C. y García, M.C. (2017). Abuso sexual en mujeres de 10 a 13 años en el Valle de Cauca, Colombia. *Archivos de Medicina*, 17(1), 121-130.

Garrido, V. y Beneyto, M.J. (1996). *El control de la agresión sexual. Un programa de tratamiento para delincuentes sexuales en prisión y en la comunidad*. Valencia: Cristóbal Serrano Villalba.

Herrero, O. (2007). El tratamiento de los agresores sexuales en prisión: promesas y dificultades de una intervención necesaria. *Anuario de Psicología Jurídica*, 17, 43- 63.

Herrero, O., Negredo, L., Lila, M., García, A., Pedrón, V. y Terreros, E. (2015). Fuera de la Red: *Perfil psicológico de los penados a medidas alternativas por consumo de pornografía infantil*. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, Ministerio del Interior. España.

Herrero, O. y Negredo, L. (2016). Evaluación del interés sexual hacia menores. *Anuario de Psicología Jurídica*, 26, 30-40.

Instituto Nacional de Estadística. (2016). Estadística de condenados: Adultos. Obtenido de: <http://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t18/p466/a2016/10/&file=01008.px> (última consulta, 21 de octubre de 2017).

Lalor, K. y McElvaney, R. (2010). *Overview of the nature and extent of child sexual abuse in Europe*. In *Council of Europe*, 'Protecting children from sexual violence - A comprehensive approach'. Strasbourg: Council of Europe.

Ley 41/2002, de 14 de noviembre de 2002, Boletín Oficial del Estado [BOE] número 274, Madrid, España.

Ley Orgánica del Código Penal 10/1995, de 30 de marzo de 2015, Boletín Oficial del Estado [BOE] número 281, Madrid, España.

López, F., Carpintero, E., Hernández, M., Martín, M.J. y Fuertes, A. (1995). Prevalencia y consecuencias del abuso sexual al menor en España. *Child Abuse and Neglect*, 19, 1039-1050.

Meirelles, T. y Fleury, M. (2014). Castración química en los casos de pedofilia: consideraciones bioéticas. *Revista Bioética*, 22, 253-262.

Ministerio de Justicia. (2017). Fiscalía General del Estado. Memoria Elevada. Obtenido de: https://www.fiscal.es/memorias/memoria2017/FISCALIA_SITE/index.html (última consulta, 25 de octubre de 2017).

Muse, M. y Frigola, G. (2003). La evaluación y el tratamiento de trastornos parafilicos. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, 65, 55-72.

Niveau, G. (2010). Cyber-pedocriminality: Characteristics of a sample of Internet child pornography offenders. *Child Abuse and Neglect*, 34(8), 570-575.

Organización Mundial de la Salud. (2002). Organización Panamericana de la Salud. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington DC.

Organización Mundial de la Salud. (2006). Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Informe Mundial sobre violencia la violencia contra niños y niñas. Ginebra.

Pérez, M. (2011). Fundamento y fines del Derecho penal. Una revisión a la luz de las aportaciones de la neurociencia. *InDret Revista para el Análisis del Derecho*, 2, 2-40.

Pérez, M., Herrero, O., Negro, L., Pascual, A., Giménez-Salinas, A. y De Juan, M. (2017). *Perfil psicológico de los penados a medidas alternativas por consumo de pornografía infantil*. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, Ministerio del Interior. España. Obtenido de: http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/estadpm/Informe_Consumidores_pornografia_infantil.pdf (última consulta, 18 de febrero de 2018).

Reynolds, D., Fedoroff, P., Murphy, L. y Horton, M. (2014). Sexual Behaviours Clinic-Aiming for Zero. Ottawa: *The Royal Mental Health*. Obtenido de: <http://www.theroyal.ca/mental-health-centre/news-and-events/newsroom/9722/sexual-behaviours-clinic-aiming-forzero/> (última consulta, 8 de febrero de 2018).

Rivera, G., Romero, M.C., Labrador, M.A. y Serrano, J. (2006). *El control de la agresión sexual: Programa de intervención en el medio penitenciario: un programa de tratamiento para delincuentes sexuales en prisión: Manual del terapeuta*. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, Ministerio del Interior. España.

Robles, R. (2007). “Sexual Predators”. Estrategias y límites del Derecho penal de la peligrosidad. *InDret Revista para el Análisis del Derecho*, 4, 3-25.

Romi, J.C. y García, L. (2003). Algunas reflexiones sobre la pedofilia y el abuso sexual de menores. *Cuadernos de Medicina Forense*, 2, 93-112.

Taylor, M., y Quayle, E. (2003). *Child pornography: An Internet crime*. Psychology Press.

Trabazo, V y Azor, F. (2009). La pedofilia: Un problema clínico, legal y social. *EduPsykhé: Revista de Psicología y Educación*, 8 (2), 195-219.

UNICEF. (2004). Los españoles rechazan el turismo sexual infantil y manifiestan que debería castigarse con penas de prisión. Obtenido de: <https://www.unicef.es/noticia/los-espanoles-rechazan-el-turismo-sexual-infantil-y-manifiestan-que-deberia-castigarse-con> (última consulta: 4 de noviembre de 2017).

Valencia, O.L., Andreu, J.M., Mínguez, P. y Labrador, M.A. (2008). Nivel de reincidencia en agresores sexuales bajo tratamiento en programas de control de la agresión sexual. *Psicopatología Clínica Legal y Forense*, 8, 7-18.