



COMILLAS
UNIVERSIDAD PONTIFICIA

ICAI

ICADE

CIHS

**FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y
SOCIALES**

La intervención en la pedofilia: una mirada ética

Autor/a: Laura Tamés Carranza

Director/a: Nereida Bueno Guerra

Madrid

2019/2020

Agradecimientos

A mi tutora Nereida Bueno Guerra, por guiarme en este camino, hacerme reflexionar y por haberme introducido en un tema tan apasionante como es la pedofilia. Gracias por haber compartido tus experiencias conmigo y por ofrecerme grandes oportunidades.

A mi familia, mis amigas y a Sergio, por su cariño, apoyo y por acompañarme durante estos años hasta verme finalizar esta etapa académica.

A todos y cada uno de los investigadores citados, cuyo esfuerzo y dedicación ha sido fundamental para avanzar en este ámbito y realizar este trabajo.

Índice

1. Introducción	6
1.1. Relevancia de la cuestión.....	6
1.2. Diferencia entre pedofilia y pederastia	7
1.3. Aproximación a la intervención	9
2. Metodología	10
3. Resultados	10
3.1. La pedofilia como orientación sexual	10
3.1.1. Tipos de tratamientos y aspectos éticos asociados.....	13
3.1.1.1. Tratamiento cognitivo conductual	13
3.1.1.2. Modelo de prevención de recaídas	17
3.1.1.3. Good Lives Model	18
3.1.1.4. Principios de riesgo, necesidad y respuesta	18
3.1.1.5. Programas preventivos: The Dunkelfeld Project	19
3.2. La pedofilia como trastorno psicológico o neurológico	20
3.2.1. Tipos de tratamientos y aspectos éticos asociados.....	21
3.2.1.1. Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS)	21
3.2.1.2. Castración química	22
3.2.1.3. Castración quirúrgica.....	24
3.3. La pedofilia como fenómeno sujeto a la cultura.....	26
3.3.1. Tipos de tratamientos y aspectos éticos asociados.....	27
4. Conclusiones	29
5. Referencias bibliográficas	29
Anexo 1	35

Resumen

El abuso y agresión sexual infantil es una realidad presente en todos los países y grupos sociales, pese a que supone la vulneración de los derechos de los menores y les genera graves secuelas tanto a corto como a largo plazo. Si bien el tratamiento terapéutico de las víctimas resulta fundamental, en este estudio se pone el foco en la intervención con los potenciales agresores, concretamente en aquellos que presentan interés sexual en los niños, es decir, sujetos con pedofilia; con el fin último de prevenir el abuso sexual infantil. Sin embargo, existen distintas teorías sobre la etiología de la pedofilia y, en función de ellas, se pueden plantear distintos tipos de intervención. El objetivo principal de esta investigación es analizar y reflexionar sobre los aspectos éticos de cada tipo de tratamiento según las teorías explicativas de la pedofilia. Para ello, se llevó a cabo una revisión bibliográfica en distintas bases de datos, algunas específicas de Psicología y otras multidisciplinares.

Los resultados obtenidos revelan que la pedofilia puede ser considerada como una orientación sexual hacia la edad, como un trastorno psicológico o neurológico, o como un fenómeno sujeto a la cultura de cada individuo. En función de cada uno de estos orígenes, se han encontrado distintos tipos de intervención, pero algunos de ellos generan dilemas éticos para el profesional de la Psicología al suponer la vulneración de derechos fundamentales o de principios y normas éticas. Entre ellos, destaca el uso de determinadas técnicas conductuales, la castración química o la castración quirúrgica en la intervención. Por el contrario, técnicas de reestructuración cognitiva, entrenamiento en habilidades sociales o programas preventivos no plantean controversias éticas y permiten un aumento del autocontrol de los sujetos con respecto a sus impulsos sexuales; y, por tanto, reducen o, en su caso, previenen el abuso sexual infantil.

Palabras clave: pedofilia, pederastia, abuso sexual infantil, etiología, orientación sexual, tratamiento, prevención, ética.

Abstract

Child sexual abuse is a reality in all countries and social groups, despite the fact that it involves the violation of the children's rights and causes severe short and long-term consequences. Although the therapeutic treatment for victims is essential, this study focuses on the intervention with potential aggressors, specifically those who have sexual interest in children, that is, people with pedophilia; with the ultimate goal of preventing child sexual abuse. However, there are different theories about the etiology of pedophilia and, depending on their assumptions, different types of psychological intervention can be proposed. The main objective of this research is to analyze and reflect on the ethical aspects of each type of treatment according to the theories of the etiology of the pedophilia. To do this, we reviewed the existent bibliography in different databases, some specific to Psychology and other multidisciplinary.

The results obtained reveal that pedophilia can be considered as sexual orientation towards age, as a psychological or neurological disorder, or as a phenomenon related to each individual's culture. Depending on which etiological origin is taking into consideration, different types of intervention have been proposed, but some of them provoke ethical dilemmas for the psychologist as a professional because they may entail violations of fundamental rights or clashed with ethical principles and norms. These may include the use of certain behavioral techniques, chemical castration or surgical castration during the intervention. On the contrary, cognitive restructuring techniques, training in social skills or preventive programs do not raise ethical controversies and allow an increase in people's self-control regarding their sexual impulses; and, therefore, reduce or prevent child sexual abuse.

Key words: pedophilia, pederasty, child sexual abuse, etiology, sexual orientation, treatment, prevention and ethics.

1. Introducción

1.1. Relevancia de la cuestión

El abuso y agresión sexual hacia menores es un fenómeno intolerable pero muy presente en la sociedad actual, tanto en información mediática como en estadísticas de víctimas y agresores. De este modo, es común encontrarse en los medios de comunicación con titulares recientes de noticias al respecto (Aguiló, 2019; El País, 2019; The New York Times, 2019). De hecho, fuentes confiables (Unicef, 2014) que analizaron situaciones de violencia en 195 países concluyeron que en torno a 120 millones de niñas menores de 20 años en todo el mundo han sufrido algún tipo de abuso sexual.

En España, los datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) revelan que se ha producido un aumento de los abusos y agresiones sexuales a menores de 16 años en los últimos años. De este modo, los 320 casos de 2017 ascendieron a 453 en 2018, siendo mayoritariamente cometidos por hombres (448) en edades comprendidas entre los 36 y 60 años, alcanzando el mayor pico entre las edades de 41 y 50 años (80 sujetos).

Un estudio de Save the Children (2018b, 2018a) focalizado en Cataluña expone que una de cada cinco personas, el 17% (siendo un 19% mujeres y un 15,5% hombres), ha sufrido abuso sexual infantil, y que una de cada dos víctimas de abuso sexual es menor de edad. Además, en 2017 sólo en esta comunidad autónoma fueron interpuestas 549 denuncias a causa de este delito. Este dato parece contradecirse con los 320 condenados que señalaba el INE, sin embargo la explicación podría residir en que muchas de las denuncias interpuestas son finalmente desestimadas.

Estos datos estremecedores podrían alimentar una idea muy extendida socialmente, según la cual las personas que han sufrido abusos sexuales en su infancia tienen mayor riesgo de cometer posteriormente abusos sexuales (el denominado ciclo abusado-abusador). Sin embargo, uno de los estudios más potentes realizados (Leach, Stewart, & Smallbone, 2016) desbancó esta hipótesis al estudiar a 42.573 niños nacidos en Queensland entre 1983 y 1984; y 50.729 hombres de 22 a 23 años en 2006 en ese estado, estimando que, según la muestra obtenida en una base de datos longitudinal, solo un 3% de los niños que habían sido abusados sexualmente habían cometido un delito sexual en el futuro.

En cambio, lo que resulta habitual es que las víctimas de abuso sexual en la infancia sufran, tanto a corto como a largo plazo, diversas secuelas físicas (problemas de sueño, hipocondría...), conductuales (conductas autolesivas, consumo de drogas y alcohol...),

emocionales (miedo generalizado, depresión...), sexuales (problemas de identidad sexual, fobias sexuales...) y sociales (retraimiento social, conductas antisociales...) (Echeburúa y De Corral, 2006). Por tanto, dado los datos estadísticos y el impacto social que existe en torno a esta cuestión, algún tipo de respuesta por parte de la comunidad social y científica debe ser planteada, con el objetivo de reducir el potencial número de futuras víctimas, teniendo en cuenta las graves consecuencias que genera en las mismas.

Si bien el tratamiento de las víctimas resulta fundamental, otra forma de respuesta preventiva al fenómeno del abuso sexual infantil y principal propósito del presente trabajo es el abordaje terapéutico de los potenciales agresores, concretamente de aquellos que se sienten atraídos sexualmente hacia menores (pedófilos), ya que la atracción que sienten les podría llevar, en algunos casos, a cometer un delito.

1.2. Diferencia entre pedofilia y pederastia

Conviene mencionar la diferencia entre “pedofilia” y “pederastia”, dos términos relacionados pero no equivalentes, lo que puede dar lugar a confusión, en parte motivada por el lenguaje empleado en los medios de comunicación, donde ambos conceptos se utilizan como sinónimos o de forma arbitraria. Por ejemplo, se ha usado “red de pedofilia” para referirse a un grupo de personas que se dedican a la explotación sexual de menores, cuando la palabra “pedofilia” responde a otro significado (Romi & García, 2005).

Pedófilo es aquel que se siente atraído sexualmente hacia niños prepúberes, lo cual se refleja en deseos, fantasías, pensamientos, comportamientos y excitación sexual (Seto, 2009); mientras que pederasta es un término referido a aquellos individuos que abusan sexualmente de niños (Ortiz, 2014), lo que constituye un delito. Es decir, mientras que el término pedofilia podría entenderse como una atracción, el concepto de pederastia hace alusión a una conducta consumada. Por tanto, no todos los que agreden sexualmente a menores son pedófilos y, al no serlo, la intervención psicológica debería ser distinta.

Por su parte, el DSM-5 recoge el trastorno de pedofilia, en el cual el individuo experimenta “deseos sexuales irrefrenables o comportamientos que implican la actividad sexual con uno o más niños prepúberes”, y esto le genera malestar significativo y problemas en sus relaciones, imposibilitándole llevar una vida normal. Sería, por tanto, una vivencia distinta a la de aquella persona que se siente atraída sexualmente por un menor como parte de una orientación sexual de edad ya que, más allá de los problemas legales o el estigma, no experimentara deterioro significativo en distintos ámbitos de su

vida ni síntomas psicológicos; si bien, en caso de cometer algún acto relacionado con esa orientación, constituye una situación de abuso y desigualdad al implicar menores.

No obstante, dentro del repertorio de posibilidades, también podrían encontrarse agresores sexuales de menores que no se sienten atraídos sexualmente por el/la menor, para los que resulta necesario preguntarse, de cara a una intervención psicológica, qué motivaciones pueden subyacer a su conducta. Estos individuos pueden cometer el delito por falta de oportunidades sexuales con otros adultos debido a la carencia de habilidades sociales, la falta de recursos o de atractivo; porque desean gratificación sexual con indiferencia de que el sujeto sea un niño y pueda sufrir daños; debido a la desinhibición producida por deterioro cognitivo o abuso de sustancias; o por oportunismo, es decir, tienen facilidad para agredir a un menor que, además, podría parecer que tiene una edad superior por su aspecto físico (Seto, 2008). Terry (2006) coincide con algunos de estos factores y también recoge la influencia de la baja autoestima y los sentimientos de insuficiencia, soledad y humillación, así como de experiencias frustrantes en relaciones previas con adultos (citado en Robertiello & Terry, 2007).

En la década de los 80 Lanning, basándose en lo propuesto por Dietz (citado en Lanning, 1987), expone una tipología de agresores sexuales que, dado que se sigue haciendo alusión a ella en artículos muy posteriores (Blasko, 2016; Hazelwood & Warren, 2000; Robertiello & Terry, 2007; Terry & Tallon, 2004), conviene describir brevemente. Esta tipología define como “agresores sexuales situacionales” a pederastas no pedófilos, describiendo varios subgrupos: regresivo, sexualmente indiscriminado, moralmente indiscriminado e inadecuado (“Regressed”, “Morally Indiscriminate”, “Sexually Indiscriminate” e “Inadequate” en inglés en el original). El subtipo regresivo parece más similar a lo comentado en párrafos anteriores, pues se trataría de aquel individuo que tiene baja autoestima y pocas competencias sociales, de manera que la motivación subyacente a agredir a un menor es suplir la carencia de una pareja adulta, que sería su preferencia sexual de base. Sin embargo, los otros perfiles tienen motivaciones diferentes. El sexualmente indiscriminado, término que define al sujeto que comete el abuso sexual a un menor movido por aburrimiento y un deseo de experimentar sexualmente, cosifica al niño como un elemento de excitación nuevo y diferente. El moralmente indiscriminado, un perfil de agresor con un largo patrón de abuso en sus relaciones sociales, acabaría simplemente extendiéndolo a los menores. Por último, el subtipo denominado inadecuado hace referencia a sujetos que sufren una psicopatología, como podría ser psicosis,

demencia senil o discapacidad intelectual, y acaban acercándose a niños movidos por la curiosidad o inseguridad, y con el deseo de explorar sus fantasías sexuales.

Por tanto, son “pederastas no pedófilos” quienes cometen abusos o agresiones sexuales a menores bajo las motivaciones precedentes, excluyendo la atracción sexual. Cuando hay atracción entonces se hablaría de “pederastas pedófilos”. Por último, quienes solo mantienen una atracción sexual hacia menores y no cometen ningún acto son “pedófilos”, a los que se añade el término “virtuosos” si, pese a reconocer su preferencia sexual, se comprometen a no dejarse llevar por sus intereses sexuales y no cometer ninguna conducta sexual con menores (Lasher & Stinson, 2016).

En el presente escrito, el foco de atención estará dirigido hacia las personas con pedofilia, hayan cometido o no un delito sexual sobre menores, debido a que comparten una atracción sexual que parece ser innata y requiere de algún tipo de intervención. Esto no implica que los pederastas no requieran de un tratamiento especializado pero, dado que las motivaciones subyacentes a sus actos son muy amplias, el abordaje será variado y adaptado a las distintas tipologías. En cualquier caso, la intervención puede ser preventiva, con el objetivo añadido de reducir los casos de abuso sexual infantil.

1.3. Aproximación a la intervención

La intervención con personas con pedofilia se enfrenta a dos retos. En primer lugar, los derivados de existir diferentes teorías sobre la etiología de la pedofilia, pues puede considerarse como una preferencia sexual innata al igual que otras orientaciones sexuales, como un trastorno psicológico o neurológico, o como un fenómeno sujeto a los prejuicios y estigmas sociales que varían según las distintas culturas (Seto, 2008), y dependiendo de qué presupuestos teóricos se adopten para definir la etiología de esa atracción, la intervención psicológica podría variar. En segundo lugar, esta intervención derivada de la etiología podría acarrear diferentes dilemas éticos para el profesional enfrentándole a derechos universales o códigos deontológicos internacionales. Por ejemplo, en el caso de considerar a la pedofilia como una orientación sexual hacia la edad, y planificar una intervención basada en técnicas reparativas o aversivas, cabría preguntarse si esta intervención no estaría contraviniendo el derecho a la libertad e intimidad, recogidos en los artículos 17 y 18 de la Constitución Española respectivamente; o el derecho a la libertad sexual, recogido en la Declaración Universal de los Derechos Sexuales aprobada en 1999 y, según el cual, las personas tienen derecho a expresar su potencial sexual; y

cómo se podría justificar con presupuestos como la defensa de los derechos del menor y las pruebas de eficacia de distintas terapias. Así pues, el presente trabajo analiza en detalle no solo los distintos tipos de intervención, sino también las cuestiones éticas que, como profesional, encuentra el psicólogo en este ámbito de intervención.

2. Metodología

Para la realización del presente trabajo se ha llevado a cabo una búsqueda sistemática de información en distintas bases de datos, algunas específicas de Psicología como PsycInfo, y otras multidisciplinares, como Scopus o Google Scholar. Asimismo, con el objetivo de obtener artículos concretos a texto completo se han utilizado portales bibliográficos de acceso libre como Dialnet o Scielo (Scientific Electronic Library Online) y, para acceder a libros de autores específicos se ha recurrido al préstamo bibliotecario propio de la Universidad Pontificia de Comillas. Una vez se tuvo acceso a documentos relevantes y de particular interés, la mayoría de procedencia anglosajona, también fueron examinadas sus referencias bibliográficas con el fin de poder rescatar autores y artículos destacados.

Se utilizaron distintas palabras clave para lograr un variado abanico de fuentes de información, destacando: pedofilia, pederastia, abuso sexual infantil, etiología, orientación sexual, tratamiento, prevención, ética (y sus términos en inglés). Dada la variedad de perspectivas abordadas, no se aplicó ningún criterio de exclusión.

Tras realizar la búsqueda mencionada, se seleccionaron 86 documentos dada su pertinencia con el tema, lo cual fue valorado mediante la lectura inicial del abstract o índice para, en su caso, proceder a la lectura completa del escrito o de los apartados.

3. Resultados

Existen diferentes teorías que abordan la pedofilia: (1) como una orientación sexual; (2) como un trastorno psicológico o neurológico o (3) como un fenómeno sujeto a los prejuicios y estigmas sociales que van variando según la cultura (Seto, 2008). A continuación, se expone cada una de estas perspectivas para plantear paralelamente formas de tratamiento acorde a las mismas y reflexionar sobre sus aspectos éticos.

3.1. La pedofilia como orientación sexual

Según la Asociación Americana de Psicología (2007, 2017a), la orientación sexual es un componente de la identidad de las personas que hace referencia al patrón persistente de

atracción emocional, romántica y/o sexual hacia hombres, mujeres o ambos sexos, y al comportamiento que se deriva de dicha atracción.

Sin embargo, en un sentido más amplio, la orientación sexual también puede ser comprendida como una tendencia estable a demostrar interés, atención, atracción y excitación genital, a determinados estímulos sexuales (Seto, 2009, 2016). De este modo, la orientación sexual de una persona se organiza en función de diferentes dimensiones, dando como resultado múltiples orientaciones sexuales. Así, podemos encontrar la más comúnmente referida, la dimensión de género, que da lugar a orientaciones como heterosexual (hacia personas del sexo opuesto); homosexual (hacia personas del mismo sexo) o bisexual (hacia personas de ambos sexos); pero a esta se añaden, además, otras dimensiones sexuales (Seto, 2016), como la dimensión sexual de yo-otros (Blanchard, 2005), la de vivo-novivo, la de humano-nohumano o la de edad.

La dimensión sexual de edad es también llamada cronofilia, término acuñado por Money en 1986 para referirse a aquellas parafilias relacionadas con distintas categorías de edad (citado en Seto, 2016), entre las que se incluye la pedofilia o paidofilia. No obstante, en función de hacia qué etapa del ciclo vital se siente interés sexual (prenatal, infancia, niñez, adolescencia, juventud, adultez y vejez (Mansilla, 2000)), la orientación sexual recibe una denominación diferente. En primer lugar, la nepiofilia o infantofilia es aquella cronofilia que hace referencia al interés sexual en niños pequeños, hasta los 2 años aproximadamente (Seto, 2016; Vartapetian y Gillam, 2014). Le seguiría la pedofilia que hace alusión al interés sexual o erótico hacia niños prepúberes, con edades comprendidas en torno a los 3 y 10 años (Blanchard et al., 2008; Seto, 2012, 2016). A continuación, la hebefilia, término acuñado por Glueck en 1955, indica la preferencia sexual hacia niños púberes, cuyas edades varían desde los 11 hasta los 14 años (Blanchard et al., 2008; Seto, 2009, 2016); y la efebofilia, donde el rango de edad hacia el que se experimenta atracción sexual aumenta hasta los 15-17 años, por lo que se trataría de adolescentes que no están plenamente desarrollados sexualmente (Seto, 2016). La mayoría de personas son teleiófilas, es decir, se sienten atraídas hacia adultos jóvenes sexualmente maduros, situados en edades comprendidas entre los 18 años y superados los 30 años (Seto, 2012, 2016). Por último, se encuentra la mesofilia o interés sexual en personas de edad media, es decir, desde los 40 años aproximadamente hasta superados los 50 años; y la gerontofilia, concepto que engloba la preferencia sexual hacia individuos

con una edad cronológicamente superior, con 60 años o más (Placeres, 2011; Seto, 2016). (No obstante, ver anexo 1).

La orientación sexual hacia la edad comparte características en su desarrollo propias de la orientación sexual de género. En primer lugar, al igual que ocurre con la heterosexualidad u homosexualidad, la edad de inicio de la pedofilia parece localizarse al inicio de la pubertad o, al menos, antes de la edad adulta (Seto, 2012). Si bien no existen muchos estudios debido a los prejuicios y estigmas sociales que rodean a este fenómeno y que hacen que los individuos no compartan abiertamente sus experiencias e intereses sexuales, Bernard (1985) concluye en su investigación que un cuarto de aquellos que se identificaron a sí mismos como pedófilos fueron conscientes de sus preferencias sexuales antes de los 15 años, y que dos tercios tuvieron contacto sexual con menores entorno a los 20 años (citado en Seto, 2008, 2012). Esto probablemente puede suponer que si el interés por los menores se estanca y no evoluciona progresivamente con la edad, la persona pueda, tras la pubertad, asentar una orientación sexual pedófila.

Otro aspecto relacionado con la orientación sexual es la estabilidad a lo largo del tiempo (Seto, 2012, 2016), como revelan estudios de neurociencia (ej. Rahman, 2005), relacionándolo con componentes genéticos y hereditarios. Sin embargo, parece existir cierta fluidez (Walton y Duff, 2017) (por ejemplo, existe fluidez en la orientación sexual de género en hombres bisexuales (McCabe, Hughes, Bostwick, Morales & Boyd, 2012) (citado en Walton y Duff, 2017)).

Esto podría ser aplicable a la orientación sexual hacia la edad, pues un chico adolescente puede preferir a una pareja de su misma edad o un poco mayor y mantener esta preferencia conforme crece (Fedoroff, 2018; Seto, 2012), algo que se denomina pedofilia exclusiva si sólo siente atracción sexual hacia menores; o bien ser flexible, en cuyo caso el sujeto experimenta atracción tanto hacia adultos como menores, algo que se denomina pedofilia no exclusiva (Gupta, 2019; Habermeyer et al., 2012).

No obstante, esta variabilidad no excluye la evidencia de que existe cierta estabilidad en la pedofilia como orientación sexual de edad (Seto, 2012, 2016), la cual queda reflejada en las correspondencias biológicas (Becerra, 2009; Cantor et al., 2008; Seto, 2008) que se explicarán más adelante, y en la falta de efectividad de las terapias que pretenden modificar el interés sexual de los sujetos (APA, 2012; Astaíza, 2016), no obstante el éxito de los programas de tratamiento dirigidos a que los sujetos acepten su interés y sean

capaces de controlar sus conductas, como “The Dunkelfeld Project”. Esta estabilidad es confirmada también por los individuos con pedofilia: tras completar un programa de tratamiento para delincuentes sexuales, cinco reclusos manifestaron tener la vivencia de que siempre seguirían sintiéndose atraídos por menores (Walton & Duff, 2017).

Otro elemento de la orientación sexual es el comportamiento sexual y romántico (Seto, 2012, 2016). El individuo pedófilo tiende a pensar que comparte más aspectos con menores que con adultos y por tanto prefiere relaciones íntimas con ellos, incluso sin contacto sexual (Seto, 2008). De este modo, algunos pedófilos no buscan únicamente relaciones sexuales con los menores, sino que también buscan mantener relaciones románticas con ellos (Seto, 2012), algo definitorio de la orientación sexual como concepto. Esto se ha explicado como una congruencia emocional (Finkelhor & Araji, 1986) o una identificación emocional y cognitiva con los niños y la niñez, que incluye apego emocional y necesidades de dependencia (Mcphail, Hermann, & Nunes, 2013).

Por último, otro aspecto que define la orientación sexual es la atracción sexual. En efecto, las personas con pedofilia responden fisiológicamente (erección del pene, lubricación vaginal) ante la presencia de niños o ante el hecho de imaginárselos en fantasías sexuales (Finkelhor & Araji, 1986; Seto, 2016).

En conclusión, el inicio temprano, la estabilidad, la afectividad romántica y la excitación sexual hacia los menores sostienen la idea de que la pedofilia pueda considerarse una orientación sexual hacia la edad.

3.1.1. Tipos de tratamiento y aspectos éticos asociados

Existen diversas formas de intervención acordes a la consideración de la pedofilia como una orientación sexual de edad. A continuación se abordarán las más extendidas y se comentarán las cuestiones éticas que podrían ir asociadas a cada una de ellas en función del Código Deontológico del Psicólogo de España (CDPE) (COP, 2004), el Metacódigo de Ética de la Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos (EFPA) (COP, 2004) y el código de conducta ética de la Asociación Americana de Psicología (APA) (2017).

3.1.1.1. Tratamiento cognitivo conductual

a) Explicación teórica

El tratamiento cognitivo conductual pone el foco en aquellas actitudes, comportamientos y creencias que pueden incrementar las probabilidades de actuar conforme a impulsos

sexuales desviados, es decir, dirigidos hacia menores (Seto, 2008, 2009). Es la principal forma de tratamiento para modificar las distorsiones cognitivas y el impulso sexual, aumentar el deseo sexual adaptado y desarrollar estrategias interpersonales de afrontamiento (Terry & Tallon, 2004). De hecho, en el 86% de los programas de Estados Unidos se elige esta manera de proceder entre las tres primeras opciones (Seto, 2008).

Dentro de este modelo se suelen emplear dos tipos de técnicas: las técnicas de reestructuración cognitiva para cambiar la percepción que estos sujetos tienen sobre los menores (Seto, 2008; Terry & Tallon, 2004) y las técnicas conductuales para que logren controlar sus impulsos sexuales (Seto, 2009; Terry & Tallon, 2004).

En cuanto a las primeras, tienen el objetivo de poner en juicio las justificaciones y distorsiones cognitivas que mantienen el comportamiento sexual de las personas con pedofilia (Terry & Tallon, 2004). Además, se propone que el profesional comparta una forma de pensar más adaptada socialmente y los individuos deberán identificar el beneficio que supone aceptar esos puntos de vista mediante role-playing.

Por otro lado, existe una variedad de técnicas conductuales para el tratamiento de la pedofilia. En primer lugar, las técnicas de condicionamiento aversivo están muy extendidas y consisten en asociar estímulos sexuales relacionados con niños con eventos aversivos, como una descarga eléctrica o un olor desagradable, como el amoníaco (Seto, 2009; Terry & Tallon, 2004). En esta línea, también se plantea la sensibilización encubierta como método, que supone emparejar el estímulo que produce excitación sexual con una consecuencia negativa (Terry & Tallon, 2004). Un ejemplo podría ser hacer que el individuo, cuando tiene una fantasía sexual con un menor, imagine la humillación que supondría ser descubierto y arrestado delante de personas significativas (Terry & Tallon, 2004). Por último, destaca la técnica de masturbación dirigida hacia la saciación, donde el sujeto se masturba hasta el orgasmo al mismo tiempo que verbaliza una fantasía sexual adecuada. Después, continuaría masturbándose durante un periodo comprendido entre 50 y 120 minutos mientras verbaliza fantasías sexuales desviadas para asociar tales fantasías con la insatisfacción sexual de no respetar el periodo refractario y la satisfacción sexual con fantasías sexuales no desviadas (Terry & Tallon, 2004).

Marshall & Laws (2003) concluyeron que las técnicas conductuales permiten aumentar el control voluntario de los sujetos sobre su sexualidad hacia los niños, aunque hay menos evidencia de que la excitación sexual hacia adultos pueda incrementarse mediante el

reforzamiento positivo (citado en Seto, 2009). No obstante, cabría realizar más estudios encaminados a determinar si los cambios se mantienen a lo largo del tiempo y si programar sesiones de refuerzo podrían ayudar a mantener tales cambios (Seto, 2009), por lo que sigue sin haber consenso sobre la eficacia de este tipo de técnicas.

b) Cuestiones éticas implicadas

En este punto cabe valorar las técnicas cognitivo conductuales descritas desde una perspectiva ética. Si bien la reestructuración cognitiva no parece comprometer la dignidad e integridad del individuo, pues contribuye a la modificación de sus representaciones mentales sobre los niños para poder llevar una vida socialmente adaptada; algunas técnicas conductuales, en cambio, podrían conducir a un cierto debate ético.

Por ejemplo, la técnica de condicionamiento aversivo y la masturbación dirigida a la saciación guardan relación con la terapia reparativa o de conversión empleada el siglo pasado para intentar modificar la orientación homosexual, método que sigue persistiendo en nuestros días pese a haber mostrado poca efectividad y generar efectos negativos sobre la salud mental de los sujetos (Astaíza, 2016), dado que la orientación homosexual es una condición no patológica de la persona. Durante el siglo XX, según Haldeman (1994), dentro de la terapia reparativa se utilizaron distintos procedimientos, como el psicoanálisis, la terapia electroconvulsiva, la terapia hormonal o técnicas de acondicionamiento masturbatorio (citado en Astaíza, 2016). Por su parte, Soriano (2000) llega a definir este tipo de terapia en los mismos términos que la terapia aversiva explicada en párrafos anteriores (citado en Astaíza, 2016). Por tanto, la aplicación de estas técnicas para abordar la pedofilia como una orientación sexual de edad recaería en la misma controversia que aplicarlas para modificar la homosexualidad a efectos de su estabilidad en la persona, ya que otros aspectos, como el consentimiento, son radicalmente diferentes. En la pedofilia existe una relación de desigualdad de poder y capacidades que no existe en las relaciones homosexuales al implicar consentimiento entre adultos. A este respecto, la Declaración Universal de los Derechos Sexuales aclara que a la hora de ejercer el derecho a la libertad sexual quedan excluidas “todas las formas de coerción sexual, explotación y abuso en cualquier tiempo y situaciones de vida”, algo en lo que incurre la pedofilia debido a la desigualdad existente entre el individuo y el menor, y en la falta de éste último de la madurez mental, física y sexual suficiente para decidir libremente sobre su sexualidad; de ahí que la pedofilia pueda ser objeto de abordaje terapéutico. En esta línea, la Convención sobre los Derechos del Niño recoge en el artículo 19 que los Estados

deberán encaminar y adoptar todas aquellas medidas necesarias para la protección de los menores “contra toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual”; y en el artículo 34 plantea la protección concreta de los niños contra la explotación y abuso sexual.

No obstante, el uso de estas técnicas podría atentar contra la dignidad de las personas, pues genera malestar en los individuos que tienen esta condición y, además, no hay evidencia científica de su eficacia (APA, 2012; Astaíza, 2016). De este modo, su empleo supone la vulneración de algunos artículos del CDPE. En primer lugar, compromete el artículo 6 de dicho código, pues existe una falta de “respeto a la persona”, así como una ausencia de “prudencia en la aplicación de instrumentos y técnicas”, y de “solidez de la fundamentación objetiva y científica de las intervenciones profesionales” (Colegio Oficial de Psicólogos, 2004). Asimismo, vulnera el artículo 18, ya que como psicólogo sólo deben emplearse aquellos procedimientos que estén suficientemente contrastados científicamente (COP, 2004) y, como se ha comentado, no hay evidencia suficiente de la efectividad de estas técnicas a largo plazo. Por tanto, en caso de que una persona demandase este tipo de intervención, dado que tampoco sería ético negarle ayuda profesional, el psicólogo podría atenerse a los artículos recién mencionados y ofrecer otras formas de intervención alternativas. De hecho, el principio de integridad del Metacódigo de Ética de la EFPA contempla la obligación del psicólogo a “no ocultar información o implicarse en un engaño temporal si existen procedimientos alternativos disponibles” (COP, 2004); por lo que podría deducirse que la conducta profesional más ética en este caso sería informar al cliente de la efectividad y otros aspectos éticos relativos a estas técnicas conductuales, y presentarle otras formas de tratamiento. El código de conducta ética de la APA (2017) también parece seguir esta línea según lo recogido en su norma ética 10.01, donde especifica que en aquellos casos en los que no se han reconocido técnicas o procedimientos concretos, el profesional debe ofrecer información a su cliente sobre “la naturaleza evolutiva del tratamiento, los potenciales riesgos que involucra, los tratamientos alternativos que podrían estar disponibles y la naturaleza voluntaria de su participación”.

En relación al Metacódigo de Ética de la EFPA, las técnicas conductuales descritas podrían comprometer otros de sus principios, como el que hace referencia al respeto a la dignidad y derechos fundamentales de los individuos, o el principio de responsabilidad,

pues los psicólogos deberán evitar “el uso inapropiado de los conocimientos o prácticas psicológicas y minimizar el daño previsible e inevitable” (COP, 2004).

En definitiva, el cambio terapéutico de la orientación sexual no parece ético ni eficaz y, por tanto, la intervención psicológica parece necesitar desviarse hacia una aceptación de la propia condición y un compromiso hacia una manifestación responsable de la sexualidad que no involucre menores ni personas no consentidoras. Para ello, una opción alternativa sería el entrenamiento de habilidades sociales, comprender cómo podrían sentirse sus víctimas, la competencia social, la asertividad, el autocontrol y la eficacia en la resolución de conflictos (Seto, 2008; Terry & Tallon, 2004).

3.1.1.2. Modelo de prevención de recaídas

a) Explicación teórica

El enfoque de prevención de recaídas se fundamenta en la terapia cognitivo-conductual (Seto, 2008) y tiene su origen en la intervención en adicciones (Balbuena, 2014; Terry & Tallon, 2004), llevándose a cabo una vez que la persona ha completado el tratamiento para que pueda mantener los logros alcanzados. Implica identificar situaciones de alto riesgo que puedan suponer una recaída, y aquellas situaciones que pueden dar lugar a la misma, denominadas “lapsos” o deslices, como podría ser masturbarse pensando en menores. Una vez identificadas, se desarrollan estrategias para evitar dichas situaciones de riesgo y hacer frente a aquellas que no puedan ser evitadas (Seto, 2008, 2009). Con todo ello, se pretende que el individuo sea capaz de detectar y responder adecuadamente ante las situaciones de riesgo (Seto, 2008, 2009) y, por tanto, que no cometa el delito.

b) Cuestiones éticas implicadas

Este modelo está destinado a personas que voluntariamente desean evitar una recaída (Seto, 2008), por lo que supondría un dilema ético y posiblemente carecería de efectividad si fuera impuesto a individuos que no tienen motivación para el cambio, al igual que ocurre con la mayoría de tratamientos descritos. Así lo recoge el código de conducta ética de la APA (2017) en su norma 3.10, pues menciona que los psicólogos cuando realizan terapia deben obtener el consentimiento informado de los sujetos empleando un lenguaje adaptado para que puedan comprenderlo; o, en su caso, de la persona que legalmente les represente cuando son menores o legalmente incapacitados. Por tanto, la aplicación de un determinado tratamiento requiere la autorización expresa del cliente y, en este caso ésta

es especialmente importante, pues la eficacia de este modelo está sujeta a un deseo intrínseco de cambio por parte del individuo.

3.1.1.3. Good Lives Model

a) Explicación teórica

El Good Lives Model (GLM) fue desarrollado por Tony Ward y sus colaboradores partiendo del respeto hacia los derechos humanos y, por tanto, el respeto a los derechos de los delincuentes (GLM, 2019), por lo que tiene en su base un componente ético muy importante, además de asentarse sobre principios de la terapia cognitivo conductual (Seto, 2008). Este enfoque considera que las personas cometen delitos para obtener un beneficio y que, debido a un déficit en sus habilidades, tratan de conseguirlo a través de conductas antisociales (GLM, 2019). Por tanto, la intervención tiene como objetivo ayudar a los individuos a adquirir aquellas competencias y actitudes para que puedan alcanzar sus deseos de forma prosocial y se reduzca así su riesgo de reincidencia (GLM, 2019).

b) Cuestiones éticas implicadas

Este modelo parece cumplir las normas y principios de los códigos éticos abordados, con especial consideración al artículo 6 del CDPE, ya que se asienta en la importancia de proteger los derechos de los individuos, incluidos los de los delincuentes (COP, 2004), aspecto en el que sobresale con respecto a otros métodos de intervención comentados.

3.1.1.4. Principios de riesgo, necesidad y respuesta

a) Explicación teórica

Moya (2015) y Seto (2008) mencionan la relación entre el uso de los principios de riesgo, necesidad y respuesta en la intervención y unos resultados más positivos en terapia. El principio de necesidad hace referencia a que los tratamientos serán más efectivos si tienen en cuenta los problemas vitales asociados a la reincidencia, como el abuso de sustancias o creencias y actitudes antisociales; mientras que el principio de respuesta propone que la efectividad será mayor si se tiene en cuenta el estilo de aprendizaje y la capacidad del individuo. Por último, el principio de riesgo comprende que la intensidad de los tratamientos debe ser proporcional al riesgo de reincidencia del individuo. Por tanto, se deberá hacer más énfasis en las intervenciones dirigidas a sujetos con alto riesgo de reincidir, mientras que serán mínimas para aquellos que tienen menor riesgo.

b) Cuestiones éticas implicadas

Si bien los principios de necesidad y respuesta no parecen conducir a un debate ético, el principio de riesgo sí que genera una cierta controversia, ya que la intervención para una persona con pedofilia con bajo riesgo de reincidencia no compensaría en términos de tiempo y dinero (Seto, 2008), pues es posible que no vuelva a cometer el delito. No obstante, si dicha persona solicitase ayuda profesional, no sería adecuado negársela por no cumplir tal principio pues, como indica el artículo 5 del CDPE, uno de los objetivos de la Psicología es la salud, bienestar y calidad de vida de las personas (COP, 2004).

3.1.1.5. Programas preventivos: The Dunkelfeld Project

a) Explicación teórica

Dunkeldeld (“dark field”) hace referencia a la cifra oscura de la criminalidad, es decir, aquellas personas que han cometido delitos pero no han sido detectados por el sistema policial y judicial (Beier et al., 2015). The Dunkelfeld Project nace en 2005 en Alemania tratando de animar a aquellas personas desconocidas y autorreveladas con pedofilia o hebefilia a que buscasen ayuda especializada de forma voluntaria mediante una campaña en los medios de comunicación, con el objetivo de prevenir el abuso sexual infantil (Beier et al., 2015; Gómez, Bueno, Becerra, & Nguyen, 2019). Así, ofrecen un programa que implica la confidencialidad y el anonimato de los participantes, y que combina estrategias psicológicas (basadas en la terapia cognitivo conductual y en modelos comentados como el de prevención de recaídas o el GLM), sexuales y farmacológicas (Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina y terapia antiandrogénica) para lograr que los individuos controlen su impulso sexual (Don’t offend, 2019). Respecto a su eficacia, Beier y colaboradores (2015) exponen que la tasa de reincidencia de abuso sexual infantil o pornografía infantil fue nula. Además, se observó un aumento de empatía y autocontrol hacia las víctimas por parte de los mismos (Don’t offend, 2019)

b) Cuestiones éticas implicadas

Este proyecto contribuye a prevenir el abuso sexual infantil y reduce las repercusiones del estigma a aquellos sujetos con pedofilia que no han cometido ningún delito (Cantor & McPhail, 2016), de ahí que sea tan popular (Cantor & McPhail, 2016; Lasher & Stinson, 2016; Seto, 2008, 2009). Sus dos pilares se basan en los códigos éticos trabajados: la confidencialidad y el secreto profesional; que queda recogida en el artículo 40 del CDPE, en el principio 1.2 de privacidad y confidencialidad del Metacódigo de

Ética de la EFPA (COP, 2004) y en la norma ética 4.01 del código de conducta ética de la APA (2017). Ahora bien, una diferencia fundamental entre Alemania y otros países es que su Ley de Enjuiciamiento Criminal no excluye al psicólogo de su confidencialidad en casos revelados de abuso o agresión sexual; de hecho se desproveería de la licencia de psicólogo al profesional si lo revela a las autoridades, porque no estaría facilitando la continuidad de la terapia (Beier et al., 2015; Connolly, 2015). Sobre la terapia farmacológica que acompaña a esta terapia, se abordarán más adelante los aspectos éticos implicados. Sin embargo, conviene mencionar que en The Dunkelfeld Project los participantes son informados sobre los efectos secundarios de la medicación, y existe supervisión médica durante el tratamiento y controles regulares (Don't offend, 2019).

3.2. La pedofilia como trastorno psicológico o neurológico

Las alteraciones biológicas que pueden considerarse en el origen de la pedofilia son de tipo cerebral, endocrino o producto de factores ambientales o vinculados al embarazo. Respecto a las primeras, autores como Seto (2008), Tenbergen y colaboradores (2015) o Becerra (2009) exponen que la pedofilia podría relacionarse con regiones frontales cerebrales, lo que explicaría por qué estos individuos tienen dificultades para inhibir sus intereses sexuales hacia menores (no obstante, es interesante el debate al respecto de su imputabilidad, ver: Cafardi (2008), Hernández (2015), Maia & Seidl (2014)); y con estructuras temporales límbicas, las cuales se encargan de la regulación del comportamiento sexual. Asimismo, se ha observado una relación entre la pedofilia y la cantidad de materia blanca en el cerebro, de forma que individuos con pedofilia tienen un volumen menor de materia blanca (Cantor et al., 2008), la cual está implicada en la evaluación de los estímulos sexuales (Seto, 2008).

A nivel endocrino, Terry y Tallon (2004) plantean una correlación entre los niveles de testosterona y el comportamiento sexual, de modo que la pedofilia podría tener su origen en la alteración de los niveles de esta hormona sexual.

Por último, Seto (2008), a raíz de otros estudios, también comenta que podría tener su origen en la exposición a patógenos durante el embarazo, ya que según Washington (2015) esta es la causa de entre el 10% y el 20% de las enfermedades mentales, como la esquizofrenia o el autismo (citado en Seto, 2008). Del mismo modo, también podría ser producto de un trastorno del desarrollo, ya sea debido a la influencia de factores prenatales durante el embarazo (complicaciones, enfermedad de la madre...), lo que explicaría que

la mayoría de pedófilos sean zurdos, tengan una baja inteligencia o una baja estatura (citado en Becerra, 2009; Seto, 2008; Tenbergen et al., 2015); a la existencia de una lesión cerebral que les ha dejado inconscientes antes de los 13 años o a experiencias de abuso sexual infantil entre los 3 y los 7 años (citado en Seto, 2008; Tenbergen et al., 2015).

Como se puede observar, esta perspectiva es muy diversa y todavía no existe un consenso en la comunidad científica, lo cual podría ser determinante a la hora de plantear un tratamiento adecuado para estos individuos, especialmente si es farmacológico.

3.2.1. Tipos de tratamiento y aspectos éticos asociados

En esta corriente el tratamiento de referencia suele ser farmacológico, destacando el uso de Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS), antiandrógenos esteroideos y agonistas de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) (Almeida, Duarte, Delavenne, Bradford, & Thibaut, 2014; Holoyda & Kellaheer, 2016; Seto, 2008). Asimismo, aunque su uso es menos frecuente, cabe describir la castración quirúrgica debido al debate ético que ha suscitado en distintos países (Abarzúa & Escobar, 2017).

3.2.1.1. Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS)

a) Explicación teórica

Los ISRS pueden reducir el deseo sexual, los pensamientos intrusivos y los altos niveles de ansiedad y depresión (Almeida et al., 2014; Holoyda & Kellaheer, 2016). De este modo, se recomienda su uso en la intervención de parafilias leves o con comorbilidad con trastornos que produzcan estos síntomas (Almeida et al., 2014; Holoyda & Kellaheer, 2016) cuando no puede ser abordada desde otro tipo de terapias, como la cognitivo conductual (Almeida et al., 2014). Los más empleados son la sertralina y la fluoxetina, especialmente esta última en pedofilia (Almeida et al., 2014; Holoyda & Kellaheer, 2016).

b) Cuestiones éticas implicadas

Los ISRS no parecen comprometer ninguna norma ni principio ético. No obstante, como han demostrado una mayor eficacia para parafilias que presentan rasgos obsesivos compulsivos o depresivos, cabría valorar si en un individuo muy alejado de este perfil sería el método de intervención más adecuado, según el principio ético 2.3 referido a la competencia del Metacódigo de Ética de la EFPA, o el artículo 17 del CDPE (COP, 2004).

3.2.1.2. Castración química

a) Explicación teórica

La testosterona es una hormona sexual implicada en el comportamiento sexual y en distintas áreas de funcionamiento psicológico, como exponen Rubinow y Schmidt (1996), incluida la agresividad (citado en Holoyda & Kellaheer, 2016). Además, se ha considerado que la alteración de sus niveles podría ser un posible origen de la pedofilia (Terry y Tallon, 2004). De este modo, la terapia antiandrogénica (Almeida et al., 2014; Holoyda & Kellaheer, 2016; Seto, 2009), también conocida como castración química (Méndez, 2019; Ratkoceri, 2017), está encaminada a reducir los niveles de testosterona en los individuos para reducir la magnitud y asiduidad del impulso sexual (Seto, 2009). Para ello, se emplean dos tipos de medicamentos: los antiandrógenos esteroideos y los agonistas de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH α) (Almeida et al., 2014; Holoyda & Kellaheer, 2016; Terry & Tallon, 2004).

Dentro del primer grupo destacan dos derivados sintéticos de la progesterona. En primer lugar, el Acetato de Ciproterona (CPA) se receta en países europeos, como España, y en Canadá (Holoyda & Kellaheer, 2016; Méndez, 2019; Ratkoceri, 2017; Terry & Tallon, 2004), aunque como exponen Gijs y Gooren (1996), tiene efectos secundarios como pérdida de pelo, aumento de peso, sofocos, osteoporosis y ginecomastia (citado en Holoyda & Kellaheer, 2016). En segundo lugar, el Acetato de Medroxiprogesterona (MPA o Depo-Provera) se receta en Estados Unidos (Holoyda & Kellaheer, 2016; Ratkoceri, 2017; Terry & Tallon, 2004) pese a que, según Guay (2009), también produce efectos secundarios como aumento de peso, insomnio, depresión, sofocos, dolores de cabeza o tromboembolismo (citado en Holoyda & Kellaheer, 2016).

Respecto a los GnRH α , como la leuprorelina o la triptorelina (Almeida et al., 2014; Seto, 2008), deben recetarse tras haber descartado otras opciones o cuando los niveles de riesgo de violencia sexual son muy altos, lo que puede ser debido a los efectos secundarios que puede generar esta medicación, como son los sofocos, astenia, disminución del vello facial y corporal y del tamaño de los testículos, ginecomastia, alteración de la presión arterial, eyaculación dolorosa en ocasiones o síntomas depresivos (Almeida et al., 2014).

b) Cuestiones éticas implicadas

Si bien algunos autores definen la castración química como un procedimiento médico temporal y reversible (Abarzúa & Escobar, 2017; Méndez, 2019), algunos efectos

secundarios de la medicación podrían suponer un gran malestar a los individuos, ya sea físico, como la ginecomastia o la eyaculación dolorosa (Almeida et al., 2014; Holoyda & Kellaher, 2016); o psicológico, como desórdenes depresivos (Almeida et al., 2014).

Ahora bien, cualquier tipo de tratamiento está sujeto al riesgo de padecer efectos secundarios (Ratkoceri, 2017). Sin embargo, el principal objetivo de una intervención es lograr un mayor bienestar para el individuo y para los que le rodean y en este caso se protege a la población pero se anula la sexualidad del individuo, que desempeña una función psicológica básica (Moya, 2015). Así, al no tener en cuenta el bienestar, los derechos y la no producción de daños en el sujeto se compromete el principio de beneficencia y no maleficencia del código de conducta ética de la APA (2017).

El hecho de que los resultados de la intervención con fármacos sean reversibles conlleva ciertas dificultades para valorar su efectividad en los sujetos cuando son puestos en libertad (Abarzúa & Escobar, 2017), y no se puede ignorar que las parafilias, al ser crónicas, podrían requerir de un tratamiento continuado durante toda la vida del individuo (Almeida et al., 2014). Además, Suárez, Caballero, Huamán y Reyes (2018) comentan que los delitos pueden ser cometidos por otras motivaciones diferentes a la satisfacción sexual, en cuyo caso carecería de pertinencia llevar a cabo un tratamiento farmacológico; que este método no lleva a la curación total sino que mitiga los síntomas; y que aún no se ha confirmado su efectividad a largo plazo.

Sobre este último punto, la comunidad científica está dividida. Mientras algunos autores (Méndez, 2019; Moya, 2015; Suárez et al., 2018) exponen que no se ha confirmado su eficacia para abordar la pedofilia o la pederastia; otros afirman la efectividad de los tratamientos farmacológicos para reducir el comportamiento y la respuesta sexual (Balbuena, 2014). En un término medio, Almeida y colaboradores (2014) o Terry y Tallon (2004) señalan que las intervenciones que combinan el enfoque médico y psicológico presentan una mayor evidencia para reducir las actitudes sexuales desviadas. Por tanto, se necesita más investigación para valorar el equilibrio entre su eficacia y los efectos secundarios. Además, en caso de no ser efectivo a largo plazo, los recursos económicos que supone (Abarzúa & Escobar, 2017) podrían invertirse en programas de tratamiento individualizados más apropiados y eficaces.

Según Cobos (2014), la castración química supone la vulneración de los derechos humanos (artículo 6 (COP, 2004)), como el derecho a la libertad sexual, a la intimidad o

a la salud. En España esta medida fue aprobada en Cataluña en 2009 para aquellos condenados por agresiones sexuales que no habían logrado la rehabilitación y que tenían un alto riesgo de reincidencia (Fontcuberta & Vázquez, 2016), si bien era de aplicación voluntaria y, por tanto, exigía el consentimiento informado del sujeto (Fontcuberta & Vázquez, 2016; Moya, 2015). Durante los dos primeros años ningún interno se sometió a este tratamiento y se comentó el fracaso de este programa (García, 2012) que actualmente no se aplica en España (Negrado. com. personal).

A nivel internacional, la castración química se ha recogido en la legislación de muchas naciones como un complemento a la pena correspondiente, ya sea voluntario u obligatorio (Suárez et al., 2018). Además, en algunos lugares someterse a este tipo de tratamiento permite obtener beneficios penitenciarios (Suárez et al., 2018), como en California, que supone la reducción de la condena y la obtención de la libertad condicional (Guillamondegui, 2012); mientras que en otros es imprescindible para salir de prisión (Douglas, Bonte, Focquaert, Devolder, & Sterckx, 2013). El problema en estas ocasiones es que el consentimiento del sujeto está coaccionado ya que, si se niega al tratamiento, se compromete su libertad (Douglas et al., 2013), por lo que su consentimiento estaría viciado, vulnerando así la norma ética 3.10 del código de conducta ética (APA, 2017).

3.2.1.3. Castración quirúrgica

a) Explicación teórica

Otra forma de intervención más invasiva es la orquidectomía o castración física o quirúrgica (Moya, 2015; Ratkoceri, 2017), que consiste en la eliminación de los testículos lo que produce una disminución de los niveles de testosterona en el organismo (Ratkoceri, 2017; Seto, 2009) reduciendo así el deseo de tener relaciones sexuales de forma más permanente que la castración química (Moya, 2015; Seto, 2009). Aunque su uso es menos frecuente, se realiza de forma voluntaria a delincuentes sexuales de países como Alemania o República Checa, y en algunos estados de Estados Unidos como California o Texas (Méndez, 2019; Ratkoceri, 2017; Seto, 2009), en este último planteándose como única alternativa de tratamiento (Douglas et al., 2013). Según estudios realizados, tiene una efectividad de entre un 82% y un 72% para reducir la reincidencia (Moya, 2015), lo cual significa que aproximadamente un 30% de los individuos, aun sin genitales ni modo de producir hormonas, siguen teniendo deseo sexual y reinciden; de ahí quizá la relevancia de la terapia cognitiva en el trabajo con este tipo de perfil.

b) Cuestiones éticas implicadas

Dado el carácter irreversible e intrusivo que presenta, se considera que la castración quirúrgica va en contra de los derechos humanos (Ratkoceri, 2017), comprometiendo el artículo 5 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, según el cual ninguna persona “será sometida a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes”; y el artículo 16, que recoge el derecho a formar una familia (Asamblea General de las Naciones Unidas, 1948), que podría vincularse con el derecho a la procreación que comenta Moya (2015) en su artículo. De ahí que el Comité Europeo para la Prevención de la Tortura la considere degradante e inste a que se deje de llevar a cabo (Moya, 2015).

En la misma línea, el CDPE recoge en su artículo 7 que el psicólogo no realizará ni contribuirá a prácticas que vayan en contra de la integridad física, psíquica y de la libertad de las personas y, por el contrario, según lo expuesto en el artículo 5, tratará de asegurar la calidad de vida y plenitud del desarrollo de los individuos en las distintas áreas de su vida (COP, 2004) incluyendo, por tanto, el área sexual. Asimismo, cabría mencionar de nuevo el principio de beneficencia y no maleficencia, y el respeto por los derechos y la dignidad de las personas del código de conducta ética de la APA (2017), pues parece que este tipo de intervención supone la vulneración de los mismos.

Realizar la castración quirúrgica de forma obligatoria y preventiva a un individuo con pedofilia pero que no ha cometido ningún delito sería improcedente en España en términos legales (las penas y medidas de seguridad no podrán imponerse a no ser que se haya cometido un delito previsto por la Ley, reconocido en sentencia firme conforme al BOE (2019)) y no sería ético al producirse forzosamente y sin el debido consentimiento del sujeto. De hecho, si un psicólogo encontrase el uso de la castración quirúrgica en el contexto profesional sin ningún tipo de regulación, dado que atenta contra algunos derechos fundamentales, debería informar al menos a los organismos colegiales, de acuerdo con el artículo 8 del CDPE (COP, 2004).

Tras lo expuesto, la intervención farmacológica y la castración quirúrgica están sujetas a diversos dilemas éticos, principalmente vinculados con la vulneración de derechos fundamentales, los efectos secundarios que generan y la ausencia de consenso su eficacia.

3.3. La pedofilia como fenómeno sujeto a la cultura

La pedofilia podría ser entendida como un fenómeno que depende de la cultura y época en la que viven los sujetos. De hecho, Li (1991) cuando entrevistó a 27 personas con pedofilia encontró que un tercio de la muestra afirmaba que “el estigma asociado a la pedofilia era culturalmente relativo”, es decir, que podría ser aceptada en determinadas culturas y períodos (citado en Seto, 2008). Por ejemplo, en la aristocracia de la antigua Grecia existían relaciones entre adolescentes (“eromenos”) y hombres adultos (“erastes”) como un método de enseñanza para educar a los primeros (Pascual, 2011). Asimismo, en Florencia en el siglo XIV era habitual encontrar prostitución infantil (Goodrich (1976), citado en Ames & Houston, 1990); y aún en el siglo XIX, Bullough (1964) recoge que en Londres se anunciaba que el precio de una niña virgen de 12 años rondaba las 400 libras (citado en Ames & Houston, 1990). De hecho, en Estados Unidos el abuso sexual infantil no fue combatido apropiadamente hasta los años 60 del pasado siglo (Beckett, 1996).

Más recientemente, en los años 80 en Alemania el partido de Los Verdes llevó a cabo distintos programas para la despenalización de la pederastia si bien, posteriormente, se disculpó públicamente ante las víctimas de abuso sexual infantil por haber justificado dichos actos (El Mundo, 2014). También llama la atención que en 2006 se legalizó un partido pedófilo en Holanda, el Partido del Amor Fraternal, la Libertad y la Diversidad (PNVD), con propuestas como la legalización de la pornografía infantil, la zoofilia o el descenso de la edad de consentimiento para mantener relaciones sexuales a los 12 años (Cucci & Zollner, 2010; El País, 2006). Además, hasta hace pocos años en la isla caribeña de Saint Thomas (conocida como “isla de la pedofilia”) existía una red de tráfico de menores por la que fue condenado su propietario, Jeffrey Epstein (Hernández, 2019).

En la actualidad, según la organización Save the Children (2015, 2018a), cada 7 segundos una niña con menos de 15 años contrae matrimonio, calculándose que para finales de esta década 142 millones de niñas habrán sido obligadas a ello. De hecho, en países como Irán, Arabia Saudí o Sudán la edad mínima para el matrimonio infantil es de 9 y 10 años respectivamente (Europa Press, 2017), por lo que un individuo que contrae matrimonio con un niño en dichos lugares no sería considerado socialmente como un pedófilo ni tendría repercusiones legales. Lo mismo ocurriría con una persona que viaja a otro país para mantener relaciones con un menor, como en Camboya o Vietnam (Linde, 2014).

En conclusión, según esta perspectiva la pedofilia podría estar sujeta a los valores culturales predominantes de la sociedad y a la época histórica en la que se encuentre la persona, así como a la existencia de legislación que proteja los derechos de los menores. De forma análoga, se podría argüir que la esclavitud de personas de etnia negra fue aceptada culturalmente sin generar dilemas éticos pero abolida años después. En este sentido, la Declaración Universal de los Derechos Humanos y la Convención de los Derechos del Niño de la ONU suponen un intento supranacional para luchar contra esta práctica, pese a su permisividad en algunos países. Un paso hacia la eliminación de estas situaciones es que acabar con el “matrimonio infantil, precoz y forzado” sea uno de los objetivos de desarrollo sostenible de la Agenda 2030 propuesta por Naciones Unidas y firmada por 193 países, entre ellos España (Gobierno de España, 2015a, 2015b). Por tanto, que la pedofilia sea aceptada socialmente en determinados lugares no implica que no constituya una actuación no consentida sobre un menor y basada en la desigualdad.

3.3.1. Tipos de tratamiento y aspectos éticos asociados

El psicólogo puede encontrar dilemas éticos en la intervención de la pedofilia debido a las diferencias culturales, ya que no hay que olvidar que uno de los principios de conducta ética recogidos por la APA (2017) señala que los profesionales deben “conocer y respetar las diferencias de roles, culturales e individuales”, y las diferencias culturales en general. Por tanto, si un psicólogo se encontrara con una persona con pedofilia de Arabia Saudí donde está aceptado culturalmente el matrimonio con menores, podría cuestionarse si sería apropiado enjuiciar estos aspectos de esta cultura. No obstante, dado que este tipo de relación entre un adulto y un menor supone la vulneración de derechos fundamentales, se podrían señalar las repercusiones, tanto físicas como psicológicas, que genera el abuso sexual en los niños con independencia de la cultura o país en que vivan para posteriormente trabajar el control de sus impulsos sexuales.

Si bien no existe una forma de intervención de la pedofilia a nivel cultural, existen actuaciones que pueden prevenir el abuso sexual infantil y aumentar la concienciación de la población desde un enfoque social y cultural. De este modo, en Estado Unidos existen métodos de prevención llevados a cabo por agencias sin ánimo de lucro con el objetivo de educar y enseñar a la población aquellas señales de alarma características de personas con pedofilia, como “Darkness to Light” (Lasher & Stinson, 2016). Asimismo, destacan organizaciones como “Virtuous Pedophiles” que trata de reducir el estigma asociado a la pedofilia concienciando a la población sobre el hecho de que muchas personas con

pedofilia no cometen delitos; y ofreciendo a las mismas una plataforma de apoyo, ayuda e información para que lleven una vida plena sin infringir la ley (Virped.org, 2019).

En relación a métodos preventivos a nivel comunitario, en Estados Unidos existen aquellos basados en leyes de notificación, que informan sobre la salida de prisión de los delincuentes sexuales para proteger a los ciudadanos, como la Ley Megan, la Ley Jacob Wetterling o la Ley Adam Walsh (Lasher & Stinson, 2016). Estas leyes, si bien pueden contribuir a que la comunidad tenga una percepción de mayor protección y seguridad real o subjetiva, suponen una serie de costes psicológicos y sociales a los delincuentes sexuales que tratan de reinsertarse adecuadamente en la sociedad. Levenson y Cotter (2005) analizaron el efecto de la Ley Megan sobre 148 delincuentes sexuales que habían salido en libertad en el estado de Florida, de los cuáles un 78% eran pederastas, hallando que una proporción considerable de la muestra había sufrido repercusiones negativas fruto de esta ley, como la pérdida de empleo, amenazas, e incluso un 5% agresiones.

Además, según las investigaciones el aislamiento social puede incrementar el riesgo de reincidencia (Levenson & Cotter, 2005) por lo que, en cierta medida, estas leyes podrían tener el efecto contrario del que buscan. En el polo opuesto, los agresores del estudio pudieron identificar efectos positivos de esta ley, como correr menos riesgos al tener menor acceso a potenciales víctimas, sentirse más motivados para acabar con el estereotipo de que iban a reincidir, o ser más sinceros en sus relaciones sociales.

Unos efectos colaterales a tener en cuenta es que la información de los registros de agresores incluya al entorno cercano, en cuyo caso estarían sujetos a la estigmatización, o que la información registrada sea incorrecta (Levenson & Cotter, 2005). Tewksbury (2002) o Salmon (2010) encontraron errores en hasta un 25% y un 75% de los casos (citado en Lasher & Stinson, 2016), haciendo que individuos inocentes fueran rechazados socialmente. Ante esta situación, una forma de solución podría consistir en incluir en estos registros diferentes niveles de riesgo de reincidencia, para minimizar las repercusiones que sufren los que tienen menos probabilidades de reincidir (Levenson & Cotter, 2005). La implementación de campañas de prevención y sensibilización sobre pedofilia basadas en las evidencias científicas (Balbuena, 2014) también sería adecuado.

En conclusión, en el tratamiento de la pedofilia desde una perspectiva social y comunitaria se debe tener en cuenta la importancia de que las naciones cuenten con legislación que proteja a los menores frente a actuaciones que puedan vulnerar sus

derechos; y la necesidad de tener en cuenta las ventajas e inconvenientes de una intervención, tanto para los propios individuos como para su entorno más inmediato.

4. Conclusiones

Actualmente existen diversos enfoques para explicar la etiología de la pedofilia, de entre los que destacan su consideración como orientación sexual de edad, como un trastorno psicológico o neurológico o como un fenómeno sujeto a la cultura; y, por tanto, se pueden proponer distintas formas de intervención según los mismos.

Si bien la comunidad científica aún no ha llegado a un consenso sobre cómo intervenir terapéuticamente en la pedofilia, los tratamientos que generan menos dilemas éticos son aquellos dirigidos, no a modificar el interés sexual de los sujetos, sino a fomentar que sean capaces de controlar sus impulsos sexuales. Por ello, un abordaje terapéutico que combine técnicas de reestructuración cognitiva, entrenamiento en habilidades sociales y aspectos del GLM podría ser muy beneficioso. Asimismo, para mantener los logros alcanzados durante la intervención es recomendable el enfoque de prevención de recaídas, siempre que el individuo lo haga de forma voluntaria. Por último, resulta fundamental seguir aplicando y apostando por programas preventivos, dada la eficacia de The Dunkelfeld Project, pues contribuye a la reducción del estigma asociado a la pedofilia y a la prevención del abuso sexual infantil mediante el aumento del autocontrol.

5. Referencias bibliográficas

- Abarzúa, F., & Escobar, V. (2017). Tratamientos aplicados a los agresores sexuales de niños. *Revista Jurídica - Investigación En Ciencias Jurídicas y Sociales*, (7), 233–235.
- Aguiló, J. (2019). Detenido en Mallorca un profesor de artes marciales por abusar de 11 menores. Retrieved September 25, 2019, from ABC website: https://www.abc.es/sociedad/abci-detenido-mallorca-profesor-artes-marciales-abusar-11-menores-201906251747_noticia.html
- Almeida, A., Duarte, F., Delavenne, H., Bradford, J., & Thibaut, F. (2014). Pharmacological Treatment of Paraphilias. *Pharmacologic Treatment of Paraphilias*, 37(2), 173–181.
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- American Psychological Association. (2007). *Orientación sexual y identidad de género*. Retrieved from <https://www.apa.org/centrodeapoyo/sexual>
- American Psychological Association. (2012). *Respuestas a sus preguntas: para una mayor comprensión de la orientación sexual y la homosexualidad*. Washington, DC.

- American Psychological Association. (2016). Ethical principles of psychologists and code of conduct. In A. E. Kazdin (Ed.), *Methodological issues and strategies in clinical research* (pp. 495–512). Washington, DC: American Psychological Association.
- American Psychological Association. (2017). Defining the Limitations of Language. Retrieved September 7, 2019, from <https://www.apa.org/pi/aids/youth/sexual-orientation>
- Ames, M. A., & Houston, D. A. (1990). Legal, social, and biological definitions of pedophilia. *Archives of Sexual Behavior, 19*(4), 333–342.
- Asamblea General de la Asociación Mundial de Sexología. (1999). *Declaración Universal de los Derechos Sexuales*. Hong Kong.
- Asamblea General de las Naciones Unidas. (1948). *Declaración Universal de Derechos Humanos*.
- Astaíza, A. (2016). Situación actual de los tratamientos psicológicos para la homosexualidad. *Revista de Psicología (Universidad de Antioquía), 8*(2), 173–194.
- Balbuena, F. (2014). Cartografiando la pedofilia: eficacia de los tratamientos y estrategias futuras. *Apuntes de Psicología, 32*(3), 245–250.
- Becerra, J. A. (2009). Etiology of pedophilia from a neurodevelopmental perspective: markers and brain alterations. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental (English Edition), 2*(4), 190–196.
- Beckett, K. (1996). Culture and the Politics of Signification: The Case of Child Sexual Abuse. *Social Problems, 43*(1), 57–76.
- Beier, K. M., Grundmann, D., Kuhle, L. F., Scherner, G., Konrad, A., & Amelung, T. (2015). 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), 529–542. Retrieved from <https://www.researchgate.net/publication/269185136>
- Blanchard, R. (2005). Early history of the concept of autogynephilia. *Archives of Sexual Behavior, 34*(4), 439–446.
- Blanchard, R., Lykins, A. D., Wherrett, D., Kuban, M. E., Cantor, J. M., Blak, T., ... Klassen, P. E. (2008). Pedophilia, Hebephilia and the DSM-V. *Archives of Sexual Behavior, 38*(3), 335–350.
- Blasko, B. L. (2016). Overview of sexual offender typologies, recidivism, and treatment. In E. L. Jeglic & C. Calkins (Eds.), *Sexual Violence: Evidence Based Policy and Prevention* (pp. 11–29). Springer International Publishing.
- Boletín Oficial del Estado. (2019). *Código Penal*.
- Cafardi, N. (2008). *Before Dallas: The U.S. Bishops' Response to Clergy Sexual Abuse of Children*. New York: Paulist.
- Cantor, J. M., Kabani, N., Christensen, B. K., Zipursky, R. B., Barbaree, H. E., Dickey, R., ... Blanchard, R. (2008). Cerebral white matter deficiencies in pedophilic men. *Journal of Psychiatric Research, 42*(3), 167–183.
- Cantor, J. M., & McPhail, I. V. (2016). Non-Offending Pedophiles. *Current Sexual*

- Health Reports*, 8(3), 121–128.
- Cobos, P. (2014). Castración química. ¿Vulneración de derechos humanos o pena? *Iter Criminis. Revista de Ciencias Penales*, (7), 47–68.
- Colegio Oficial de Psicólogos. (2004). *Ética y Deontología para Psicólogos*. Madrid: Colegio Oficial de Psicólogos.
- Connolly, K. (2015). How Germany treats paedophiles before they offend. Retrieved March 15, 2020, from The Guardian website: <https://www.theguardian.com/society/2015/oct/16/how-germany-treats-paedophiles-before-they-offend>
- Cucci, G., & Zollner, H. (2010). Enfrentarse a una cultura de la pedofilia. *Razón y Fe: Revista Hispanoamericana de Cultura*, 262(1343), 103–116.
- Don't offend. (2019). Results and Publications. Retrieved September 7, 2019, from Don't offend website: <https://www.dont-offend.org/story/results-publications.html>
- Douglas, T., Bonte, P., Focquaert, F., Devolder, K., & Sterckx, S. (2013). Coercion, Incarceration, and Chemical Castration: An Argument From Autonomy. *Bioethical Inquiry*, 10(3), 393–405.
- Echeburúa, E., & De Corral, P. (2006). Secuelas emocionales en víctimas de abuso sexual en la infancia. *Cuadernos de Medicina Forense*, 12(43–44), 75–82.
- El Mundo. (2014). Nuevo “mea culpa” de los Verdes alemanes por su tolerancia con la pedofilia en los años 80. Retrieved January 26, 2020, from El Mundo website: <https://www.elmundo.es/internacional/2014/11/12/5463544b268e3e99068b4582.html>
- El País. (2006). Holanda legaliza un partido que defiende la pederastia. Retrieved January 26, 2020, from El País website: https://elpais.com/diario/2006/07/18/sociedad/1153173603_850215.html
- El País. (2019). Detenidos 31 pedófilos por engañar a 145 niños para realizar prácticas sexuales en Internet. Retrieved September 25, 2019, from El País website: https://elpais.com/sociedad/2019/05/09/actualidad/1557393397_102275.html
- Europa Press. (2017). ¿En qué países se permite el matrimonio infantil? Retrieved October 23, 2019, from Europa Press website: <https://www.europapress.es/sociedad/noticia-paises-permite-matrimonio-infantil-20170928120843.html>
- Fedoroff, J. P. (2018). More Puzzles: A Response to Seto's (2017) “The Puzzle of Male Chronophilias.” *Archives of Sexual Behavior*, 47(8), 2171–2173.
- Finkelhor, D., & Araji, S. (1986). Explanations of Pedophilia: A Four Factor Model. *The Journal of Sex Research*, 22(2), 145–161.
- Fontcuberta, M., & Vázquez, C. (2016). *Castración química y pedofilia: una solución imperfecta*. Facultad de Derecho de la Universidad de Girona, Girona.
- García, J. (2012). La castración química fracasa. Retrieved February 3, 2020, from El País website: https://elpais.com/sociedad/2012/03/26/actualidad/1332780858_074198.html

- Gobierno de España. (2015a). Objetivo 5. Igualdad de género. Retrieved November 2, 2019, from <https://www.agenda2030.gob.es/es/objetivos/objetivo-5-igualdad-de-genero>
- Gobierno de España. (2015b). Objetivos de desarrollo sostenible. Retrieved November 2, 2019, from <https://www.agenda2030.gob.es/objetivos>
- Gómez, E. L., Bueno, N., Becerra, J. A., & Nguyen, T. (2019). Preventing child sexual abuse from the offenders ' side : Prevention Dunkelfeld Project. *Revista Española de Medicina Legal*, 45(2), 83–84.
- Good Lives Model. (2019). The Good Lives Model of Offender Rehabilitation. Retrieved January 13, 2020, from Good Lives Model website: <https://www.goodlivesmodel.com/index.shtml>
- Guillamondegui, L. R. (2012). Agresores sexuales. ¿Resocialización o neutralización? *Revista de Derecho Penal y Criminología*, (9), 271–282.
- Gupta, A. (2019). Pedophilia - Empirical review focused on treatment and coping strategies. *International Journal of Social Science and Economic Research*, 4(3), 1894–1907.
- Habermeyer, B., Händel, N., Lemoine, P., Klarhöfer, M., Seifritz, E., Dittmann, V., & Graf, M. (2012). LH-RH agonists modulate amygdala response to visual sexual stimulation: A single case fMRI study in pedophilia. *Neurocase*, 18(6), 489–495.
- Hazelwood, R. R., & Warren, J. I. (2000). The sexually violent offender: Impulsive or ritualistic? *Aggression and Violent Behavior*, 5(3), 267–279.
- Hernández, F. (2015). La imputabilidad e inimputabilidad desde el punto de vista médico legal. *Medicina Legal de Costa Rica*, 32(2), 83–97.
- Hernández, L. (2019). “La isla de la pedofilia” del multimillonario Jeffrey Epstein, acusado por red de trata sexual de menores. Retrieved January 26, 2020, from El Diario website: <https://eldiariiony.com/2019/07/11/la-isla-de-la-pedofilia-del-multimillonario-jeffrey-epstein-acusado-por-red-de-trata-sexual-de-menores/>
- Holoyda, B. J., & Kellaher, D. C. (2016). The Biological Treatment of Paraphilic Disorders: an Updated Review. *Current Psychiatry Reports*, 18(2), 1–7.
- Instituto Nacional de Estadística. (2018a). Resultados nacionales condenados por delitos sexuales según edad. Retrieved September 17, 2019, from <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=28715>
- Instituto Nacional de Estadística. (2018b). Resultados nacionales condenados por delitos sexuales según sexo. Retrieved September 17, 2019, from <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=28714>
- Lanning, K. V. (1987). A Law-Enforcement Typology. In *Child Molesters: A Behavioral Analysis. For Law-Enforcement Officers Investigating Cases of Child Sexual Exploitation* (pp. 12–15). Virginia: National Center for Missing & Exploited Children.
- Lasher, M. P., & Stinson, J. D. (2016). Adults with Pedophilic Interests in the United States: Current Practices and Suggestions for Future Policy and Research. *Archives of Sexual Behavior*, 46(3), 659–670.

- Leach, C., Stewart, A., & Smallbone, S. (2016). Testing the sexually abused-sexual abuser hypothesis: A prospective longitudinal birth cohort study. *Child Abuse & Neglect*, *51*, 144–153.
- Levenson, J. S., & Cotter, L. P. (2005). The effect of Megan's Law on sex offender reintegration. *Journal of Contemporary Criminal Justice*, *21*(1), 49–66.
- Linde, P. (2014). El mundo del turismo sexual infantil. Retrieved October 23, 2019, from El País website: https://elpais.com/elpais/2014/08/07/planeta_futuro/1407435469_195076.html
- Maia, T. M. de S., & Seidl, E. M. F. (2014). Chemical castration in cases of pedophilia: bioethics considerations. *Revista de Bioética*, *22*(2), 251–259.
- Mansilla, M. E. (2000). Etapas del desarrollo humano. *Revista de Investigación En Psicología*, *3*(2), 105–116.
- Mcphail, I. V., Hermann, C. A., & Nunes, K. L. (2013). Emotional congruence with children and sexual offending against children: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *81*(4), 737–749.
- Méndez, S. M. (2019). Castración química, última opción en pacientes pedófilos y pederastas, considerando su autonomía y dignidad. *Revista Colombiana de Bioética*, *14*(2), 108–128.
- Moya, J. (2015). La pedofilia, ¿enfermedad neurológica? *Moralia: Revista de Ciencias Morales*, *38*(145), 19–55.
- Ortiz, G. (2014). Pedofilia y pederastia: producto de factores contextuales. In M. Orozco & K. Caballero (Eds.), *Psicología latinoamericana: experiencias, desafíos y compromisos sociales* (pp. 541–557). México: Asociación Mexicana de Alternativas en Psicología, A.C.
- Pascual, S. (2011). La pederastia griega y el Eros platónico. *Avances de Investigación*.
- Placeres, J. F. (2011). Algunos aspectos sobre la gerontofilia. Una revisión bibliográfica. *Revista Médica Electrónica*, *33*(5), 595–598.
- Rahman, Q. (2005). The neurodevelopment of human sexual orientation. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, *29*(7), 1057–1066.
- Ratkoceri, V. (2017). Chemical Castration of Child Molesters-Right or Wrong?! *European Journal of Social Science Education and Research*, *11*(1), 70–76.
- Robertiello, G., & Terry, K. J. (2007). Can we profile sex offenders? A review of sex offender typologies. *Aggression and Violent Behavior*, *12*(5), 508–518.
- Romi, J. C., & García, L. (2005). Algunas reflexiones sobre la pedofilia y el abuso sexual de menores. *Cuadernos de Medicina Forense*, *3*(2), 93–112.
- Save the Children. (2015). Matrimonio infantil. Retrieved December 6, 2019, from Save the Children website: <https://www.savethechildren.es/trabajo-ong/proteccion-infantil/violencia-contra-la-infancia/matrimonio-infantil>
- Save the Children. (2018a). Acabemos con el matrimonio infantil. Retrieved December 6, 2019, from Save the Children website: <https://www.savethechildren.es/actua/acabemos-con-el-matrimonio-infantil>

- Save the Children. (2018b). Aquí, hoy, todavía - Aquí, avui, encara. Retrieved September 26, 2019, from Save the Children website: <https://www.savethechildren.es/publicaciones/aqui-hoy-todavia-aqui-avui-encara>
- Save the Children. (2018c). Bajo el mismo techo. Retrieved September 26, 2019, from Save the Children website: <https://www.savethechildren.es/publicaciones/bajo-el-mismo-techo>
- Seto, M. C. (2008). *Pedophilia and sexual offending against children: Theory, assessment, and intervention*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Seto, M. C. (2009). Pedophilia. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5(1), 391–407.
- Seto, M. C. (2012). Is Pedophilia a Sexual Orientation? *Archives of Sexual Behavior*, 41(1), 231–236.
- Seto, M. C. (2016). The Puzzle of Male Chronophilias. *Archives of Sexual Behavior*, 46(1), 3–22.
- Suárez, V., Caballero, P., Huamán, K., & Reyes, N. (2018). Terapia hormonal para agresores sexuales con desórdenes parafílicos. *Anales de La Facultad de Medicina*, 79(3), 233–237.
- Tenbergen, G., Wittfoth, M., Frieling, H., Ponseti, J., Walter, M., Walter, H., ... Kruger, T. H. C. (2015). The neurobiology and psychology of pedophilia: recent advances and challenges. *Frontiers in Human Neuroscience*, 9.
- Terry, K. J., & Tallon, J. (2004). Child Sexual Abuse: A Review of the Literature. In *The Nature and Scope of the Problem of Sexual Abuse of Minors by Priests and Deacons* (pp. 1950–2002). Washington, DC: United States Conference of Catholic Bishops.
- The New York Times. (2019). On YouTube’s Digital Playground, an Open Gate for Pedophiles. Retrieved September 26, 2019, from The New York Times website: <https://www.nytimes.com/2019/06/03/world/americas/youtube-pedophiles.html?searchResultPosition=2>
- Unicef. (2006). *Convención sobre los Derechos del Niño*.
- Unicef. (2014). Ocultos a plena luz: un análisis estadístico de la violencia contra los niños. Retrieved September 16, 2019, from <https://www.unicef.es/publicacion/ocultos-plena-luz-un-analisis-estadistico-de-la-violencia-contra-los-ninos>
- Vartapetian, A., & Gillam, L. (2014). “Our Little Secret”: pinpointing potential predators. *Security Informatics*, 3(3), 1–19.
- Virped.org. (2019). Who We Are? Retrieved January 19, 2020, from Virped.org website: <https://www.virped.org/who-we-are.html>
- Walton, J. S., & Duff, S. (2017). “I’m not homosexual or heterosexual, I’m paedosexual”: exploring sexual preference for children using interpretive phenomenology. *Journal of Forensic Practice*, 19(2), 151–161.

Anexo 1

Dado que la edad numérica del menor puede no corresponderse con el desarrollo físico común del grupo de referencia, para valorar la orientación sexual de un adulto se emplean los llamados “Tanner stages”, imágenes típicas que muestran el proceso de desarrollo, especialmente de las características sexuales secundarias, desde la niñez hasta la etapa adulta, siendo los estadios 1 y 2 los que corresponderían a intereses pedofílicos (ejemplo: poco o inexistente pecho; ausencia de vello púbico), y el estadio 5 a la teleofilia (Tenbergen et al., 2015).

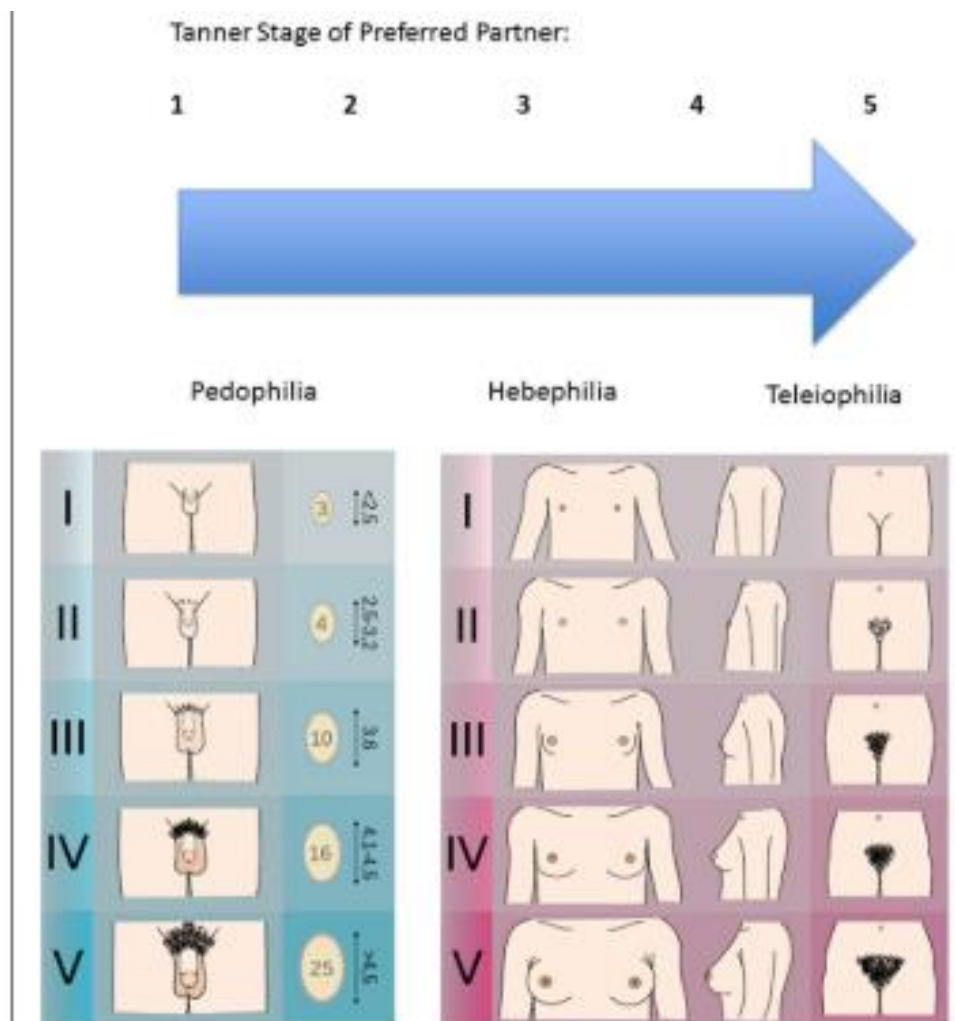


Figura 1. Imagen de los “Tanner Stages” obtenida en el artículo de Tenbergen y colaboradores (2015).