



FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

# **ANÁLISIS CLÍNICO DEL USO DEL DIAGNÓSTICO DE PEDOFILIA EN LOS DELITOS DE ABUSO SEXUAL INFANTIL Y CORRUPCIÓN DE MENORES**

Autora: Laura Serranos Minguela

Tutora profesional: Nereida Bueno Guerra

Madrid  
Mayo 2023

Laura  
Serranos  
Minguela

# **ANÁLISIS CLÍNICO DEL USO DEL DIAGNÓSTICO DE PEDOFILIA EN LOS DELITOS DE ABUSO SEXUAL INFANTIL Y CORRUPCIÓN DE MENORES**



## Resumen

La pedofilia es la atracción sexual e intensa hacia niños prepúberes, no siendo sinónimo de pederastia o abuso sexual infantil, comúnmente confundidos. A nivel clínico, se debate su conceptualización, pudiendo entenderse como un trastorno parafilico, una cronofilia (atracción sexual hacia la edad) o un simple interés sexual atípico que ni siquiera debería aparecer en los manuales de diagnóstico clínico. La pedofilia cobra especial relevancia cuando se trata de valorar la imputabilidad de los sujetos que han cometido un delito contra la indemnidad sexual de los menores, pues podría emplearse su diagnóstico como argumento para reducir la pena, por considerarse una anomalía psíquica capaz de alterar las facultades del sujeto en el momento de actuar. En este trabajo se realiza un análisis de 29 sentencias españolas (1995-2021) en las que el diagnóstico de pedofilia se utiliza como atenuante analógica o eximente incompleta. Se encuentran diferencias según si la pedofilia se diagnostica o no con otro trastorno. Cuando la pedofilia se diagnostica sola, la capacidad cognitiva se encuentra conservada, pero se contempla la alteración de la capacidad volitiva, actuando como atenuante analógica. Si se diagnostica con otros trastornos, la capacidad cognitiva puede verse alterada también y además actuar como eximente incompleta, habiendo más consenso en la jurisprudencia respecto a este caso. Se discute la validez de los resultados obtenidos desde el punto de vista psicológico clínico y se exponen propuestas del uso de la pedofilia en el ámbito clínico, pericial y jurisprudencial congruentes con un enfoque preventivo y no promotor del estigma.

*Palabras clave:* pedofilia, abuso sexual de menores, pornografía infantil, imputabilidad, análisis de sentencias

## Abstract

Pedophilia is the sexual and intense attraction towards prepubescent children, which is not synonymous with child sexual abuse, commonly confused terms. Clinically, its conceptualization is debated, and it can be understood as a paraphilic disorder, a chronophilia (sexual attraction to a specific age), or simply as an atypical sexual interest that should not even appear in clinical diagnostic manuals. Pedophilia becomes particularly relevant when assessing the accountability of individuals who have committed a crime against the sexual integrity of minors, as its diagnosis could be used as an argument to reduce the sentence, considering it a psychological anomaly capable of impairing the individual's faculties at the time of action. This study analyzes 29 Spanish court sentences (1995-2021) in which the diagnosis of pedophilia is used as an analogical mitigating factor or an incomplete defense. Differences are found depending on whether pedophilia is diagnosed alone or with another disorder. When pedophilia is diagnosed on its own, cognitive capacity is preserved, but volitional impairment is considered, acting as an analogical mitigating factor. If diagnosed with other disorders, cognitive capacity may also be affected, and it can act as an incomplete defense, with more consensus in case law regarding this scenario. The validity of the results obtained from a clinical psychological perspective is discussed, and proposals for the use of pedophilia in the clinical, expert, and jurisprudential domains are presented, consistent with a preventive approach that avoids promoting stigma.

*Key words:* pedophilia, child sexual abuse, child pornography, criminal responsibility, court sentences analysis

## ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	3
1. El concepto de anomalía o alteración psíquica en derecho penal .....	7
2. Formas clínicas de entender la pedofilia .....	9
2.1. La pedofilia como trastorno parafílico.....	10
2.2. La pedofilia como cronofilia .....	14
2.3. La pedofilia como interés sexual atípico.....	16
3. Psicología y derecho: la pedofilia desde el punto de vista de la responsabilidad penal .....	19
MÉTODO.....	21
RESULTADOS .....	23
DISCUSIÓN.....	34
REFERENCIAS .....	47
ANEXOS.....	56
ANEXO I: Estadios de la escala de maduración sexual de Tanner (1990).....	56
ANEXO II: Sentencias analizadas .....	58
ANEXO III: Variables empleadas en la codificación de las sentencias .....	61
ANEXO IV. Referencias de Jurisprudencia .....	64

## INTRODUCCIÓN

La violencia sexual contra la infancia es una de las formas más graves de violencia hacia los menores por las consecuencias que causa a la víctima, tanto a corto como a largo plazo (Save the Children España, 2021). Un estudio del Consejo General del Poder Judicial analizó sentencias por delitos contra la libertad e indemnidad sexual y concluyó que, en los casos de menores, la violencia sexual era ejercida mayoritariamente por hombres de la familia y que la situación se prolongaba en el tiempo, siendo delitos continuados (Lorente Acosta, 2021). En ese mismo estudio, 8 de cada 10 menores presentaban consecuencias psicológicas a raíz del abuso, en su mayoría graves. Por tanto, el abuso sexual infantil es un tema complejo y delicado, así como su abordaje.

En este contexto, existen varios mitos que solo dificultan su prevención y detección. Uno de los más comunes es el de que los agresores padecen algún tipo de trastorno mental, cuando las investigaciones lo desmienten en su mayor parte (Echeburúa & Guerricaechevarría, 2021; López Sánchez, 1994; Save the Children España, 2017). Existe la falsa creencia de que los abusadores sexuales de menores son “perturbados mentales” o “enfermos psiquiátricos”, cuando la realidad es que no hay un perfil común, sino que se trata de un grupo de personas muy heterogéneo (Cromer & Goldsmith, 2010; Echeburúa & Guerricaechevarría, 2021; López Sánchez, 1994). De hecho, las investigaciones muestran que la mitad ni siquiera tiene pedofilia (Gerwinn et al., 2018; Seto, 2009).

Este último mito es uno de los más difíciles de combatir, pues el término “pedofilia” suele ser el más asociado al abuso sexual infantil o pederastia, llegando incluso a confundirse ambos conceptos. Del mismo modo, suele asumirse que las personas que consumen pornografía infantil tienen pedofilia, siendo esta la motivación de su conducta, y que la concurrencia de ambas es indicadora de que han cometido un abuso o que lo cometerán muy probablemente, siendo este otro mito (Herrero Mejías, 2018).

Sin embargo, pese a la compleja realidad, existen casos en la jurisprudencia española donde se ha planteado la existencia de pedofilia para modificar la responsabilidad criminal del agresor en delitos contra la indemnidad sexual de los menores. Cabría por tanto preguntarse si los mitos en torno a la pedofilia se han extendido también al ámbito judicial, como estrategia de la defensa para lograr una disminución de las penas del acusado, así como analizar si un trastorno de este tipo podría, en efecto, reducir la responsabilidad criminal, siendo esto último el objetivo del presente trabajo.

La pedofilia puede entenderse como la atracción sexual e intensa hacia niños prepúberes (Seto, 2009, 2011, 2017, 2018) o como un trastorno de los manuales de diagnóstico más empleados en psicología y psiquiatría: el *Manual Diagnóstico y Estadístico*

de los *Trastornos Mentales* (DSM) o la *Clasificación Internacional de Enfermedades* (CIE). La pederastia, en cambio, se refiere al acto sexual que se comete con un menor, estando esta conducta tipificada como delito en el Capítulo II, de las agresiones sexuales a menores de 16 años, del Título VIII del Código Penal español (CP)<sup>1</sup>. Asimismo, el consumo, posesión, elaboración y distribución de pornografía infantil se trata de un delito tipificado dentro del mismo Título del CP español, de los delitos relativos a la prostitución y a la explotación sexual y corrupción de menores.

Es cierto que la pedofilia constituye un factor de riesgo para la pederastia o abuso sexual infantil<sup>2</sup> y que existe relación entre los términos *pedófilo*, *abusador de menores* y *consumidor de pornografía infantil*, pero ello no significa que sean equiparables (Herrero Mejías, 2018). Habitualmente se confunden estos conceptos, tanto por parte de profesionales de la salud mental como de la población en general, lo cual conlleva un estigma hacia las personas con pedofilia que no han cometido ningún delito y que se encuentran comprometidas a no llevarlo a cabo porque entienden las graves consecuencias que tendría hacerlo: los denominados pedófilos virtuosos (el lector interesado puede dirigirse a Walker (2021) para conocer más sobre sus características y formas de prevención del delito). De hecho, el estigma existente aumenta el riesgo de que lleven a cabo un delito, pues disuade a las personas con pedofilia de buscar ayuda, por el miedo al rechazo social (Jahnke, 2018a, 2018b; Nielsen et al., 2022; Stevens & Wood, 2019). De ahí la importancia de desterrar estos mitos, para su correcta detección y prevención (Jahnke, 2018b; Walker, 2021) y, especialmente, para planificar un abordaje específico, según las características concretas del individuo.

Los hombres que abusan de menores o que visualizan pornografía infantil (a partir de ahora, *imágenes abusivas de menores*<sup>3</sup>) constituyen un grupo heterogéneo en cuanto a sus características y motivaciones (Herrero Mejías, 2018). Así, puede haber agresores sexuales de menores que tengan pedofilia o no, al igual que puede haber personas con

---

<sup>1</sup> El Código Penal español que se toma como referencia en este trabajo es el que incluye la reforma de la Ley Orgánica 10/2022, de 6 de septiembre, de garantía integral de la libertad sexual, al ser el vigente en el momento de la investigación. De cara a este trabajo, el cambio más relevante es la eliminación de la diferenciación entre agresión y abuso sexual, por el que se elimina el abuso sexual y toda conducta de carácter sexual con un menor de 16 años se conceptualiza como agresión sexual.

<sup>2</sup> La expresión “abuso sexual” a lo largo del trabajo se usará en un sentido no técnico ni legal, debido a su eliminación del CP. Para hacer referencia al tipo delictivo se empleará la expresión “agresión sexual”.

<sup>3</sup> El término *imágenes abusivas de menores* es propuesto por diversos autores como alternativa al concepto penal de *pornografía infantil*, para evitar su equiparación a la pornografía adulta. Se parte de la base de que en la pornografía adulta los participantes son actores adultos y su distribución es lícita, mientras que en el caso de menores son registros de una agresión sexual a menores, constitutiva de delito.

pedofilia que cometan pederastia o no (Gerwinn et al., 2018; Seto, 2009, 2018). El deseo de cometer dichos actos con los menores no implica necesariamente el paso a la acción (Jahnke, 2018b), al igual que puede haber actos pederastas debido a factores distintos a la pedofilia (Gannon, 2021; Krueger et al., 2017), como la frustración sexual con personas adultas, la hipersexualidad, el oportunismo, la desinhibición como resultado del consumo de sustancias u otros factores, la baja autoestima o los sentimientos de soledad (Herrero Mejías, 2018; Krueger et al., 2017; Seto, 2009, 2018). Del mismo modo, puede haber personas que usen imágenes abusivas de menores con pedofilia (aquí la relación parece más intensa que en el abuso sexual), pero también quienes no padecen pedofilia y acceden a estos materiales (Herrero Mejías, 2018).

Por tanto, asociar trastornos mentales a personas que cometen delitos contra la indemnidad sexual de los menores es relevante a nivel legal, por el poder que un diagnóstico psiquiátrico o psicológico puede tener a la hora de dictar sentencia (De Block & Adriaens, 2013; Moser, 2009; Moser & Kleinplatz, 2006). La estrategia de diagnosticar a los autores de un delito contra la indemnidad sexual de los menores los trastornos más tradicionalmente asociados a este podría estar siendo empleada para conseguir una reducción de las penas, atendiendo a las capacidades del sujeto (De Block & Adriaens, 2013; Moser, 2009; Moser & Kleinplatz, 2006, 2020). Así, la pedofilia podría estar entendiéndose como un trastorno mental capaz de afectar a las capacidades volitivas y cognitivas del sujeto, aquellas que se valoran a la hora de determinar la responsabilidad penal del autor, utilizando su diagnóstico para reducir la pena en delitos contra la indemnidad sexual de los menores. Esto es algo que actualmente sigue siendo controvertido, ya que en el ámbito de la psicología aún no existe consenso respecto a cómo definir la pedofilia, ni sobre su consideración o no como trastorno (Gannon, 2021), así como tampoco existen referencias explícitas a la afectación de las capacidades cognitivas y volitivas de quienes tienen pedofilia.

En supuestos como estos, donde entran en juego los trastornos mentales, es necesario que los juristas conozcan las aportaciones de la psicología, para que puedan aplicar las leyes correctamente (Casanueva Sanz, 2023). Por ello, la psicología puede ayudar al derecho penal con su conocimiento sobre los trastornos y las alteraciones que padece un individuo, ajustándose a los conceptos jurídicos de imputabilidad y de capacidades cognitivas y volitivas que son propios de la disciplina legal para dotar de información suficiente que permita llevar a cabo valoraciones jurídicas ajustadas a la evidencia clínica disponible.

En la disciplina del derecho, para que se pueda imputar a un sujeto por un hecho delictivo, considerándole responsable, es necesario que este haya obrado con dolo, es decir, que *conozca* que realizó un acto delictivo y que *quisiera* hacerlo (Obregón García & Gómez Lanz, 2023b, énfasis añadido). Por tanto se entiende que existen dos elementos o capacidades en el dolo: la cognitiva (conocer y comprender que el acto es injusto) y la volitiva (voluntad de actuar conforme a esa comprensión) (Casanueva Sanz, 2023; Mir Puig, 2008a; Obregón García & Gómez Lanz, 2023b). Así, el concepto de imputabilidad se basa en la capacidad del ser humano para actuar libre y voluntariamente, para lo cual es necesario que sus funciones psíquicas no se encuentren alteradas. En caso de encontrarse alteradas, podría disminuir sus capacidades cognitivas y volitivas, haciendo que el acto no fuese libre y alterando así la imputabilidad del sujeto y su responsabilidad penal (Casanueva Sanz, 2023).

En el CP, de hecho, se contempla la posibilidad de excluir de responsabilidad al agresor o reducir su pena en determinadas circunstancias, tal y como se recoge en los artículos 20 y 21, respectivamente. Una de esas circunstancias es la existencia de *cualquier anomalía o alteración psíquica* en el momento de cometer el delito que impida la comprensión de la ilicitud del hecho o el actuar conforme a dicha comprensión, o de un *trastorno mental transitorio* que cause el mismo efecto y no haya sido provocado para cometer el delito (art. 20.1). Así, el CP utiliza un criterio mixto biológico-psicológico, pues no solo basta con la existencia de una enfermedad mental de base biológica, sino que ésta debe haber afectado a la capacidad cognitiva y volitiva del sujeto en el momento de cometer el hecho ilícito (Mir Puig, 2008a). Por tanto, solo sería imputable un sujeto con alguna anomalía o alteración psíquica que altere su capacidad de comprender el hecho ilícito y de actuar conforme a esa comprensión (Obregón García & Gómez Lanz, 2023a).

Por esto mismo, la pedofilia cobra especial relevancia en los delitos contra la indemnidad sexual de los menores, pues es el trastorno que más se asocia a este tipo de delitos y podría considerarse como argumento para reducir la responsabilidad penal, entendiendo que afecta a la capacidad de quien la padece de actuar libremente, modificando su comprensión del acto o su voluntad.

Por todo ello, en este trabajo se analizarán las diferentes conceptualizaciones psicológicas de la pedofilia y su relación con la responsabilidad criminal en el caso de la comisión de un delito contra la indemnidad sexual de los menores, atendiendo a su etiología, su susceptibilidad a tratamiento y su influencia sobre las capacidades cognitivas y volitivas. Para ello, se buscarán sentencias españolas de agresiones sexuales a menores y otros delitos contra la indemnidad sexual de los menores en las que el diagnóstico de



pedofilia se emplee como atenuante o eximente, a fin de analizar los argumentos judiciales empleados y explicar desde el punto de vista de la psicología si pueden considerarse válidos de acuerdo con la investigación reciente en el ámbito.

### 1. El concepto de anomalía o alteración psíquica en derecho penal

Los trastornos mentales no se conceptualizan igual en derecho penal que en psicología. Por un lado, el derecho penal entiende por anomalía o alteración psíquica “toda forma de enajenación o anormalidad mental determinante de una modificación de las facultades volitivas o cognoscitivas del sujeto” (De Vicente Martínez, 2021, p. 59). Es decir, se trata de una patología permanente y para que actúe como eximente completa (art. 20.1 CP) debe conllevar una perturbación plena de las capacidades psíquicas del sujeto (Obregón García & Gómez Lanz, 2023a; Real Academia Española, s. f.). En caso de que la alteración no fuera plena (si las disminuyó significativamente, pero no las anuló por completo), se debería aplicar una eximente incompleta (art. 21.1 CP, en relación con el art. 20.1 CP) y si fuera leve, la jurisprudencia optaría por aplicar la atenuante analógica (art. 21.7 en relación con la eximente incompleta del art. 21.1 CP en relación con el art. 20.1 CP) (Obregón García & Gómez Lanz, 2023a; Real Academia Española, s. f.).

Para aquellos casos en los que la alteración no es permanente, ni así sus efectos, se introduce el concepto *trastorno mental transitorio* (TMT), designando aquellos trastornos que afectan de igual forma a la capacidad cognitiva y volitiva, pero son de carácter temporal (De Vicente Martínez, 2021; Mir Puig, 2008). Lo que les caracterizaría es su fugacidad, alterando las capacidades del sujeto por tiempo limitado y no dejando secuelas una vez cesados (Obregón García & Gómez Lanz, 2023a). Para poder considerarse eximente, es necesario que su origen se encuentre en causas externas, como estar atravesando una situación personal especialmente difícil (Mir Puig, 2008b), o internas, como “la exacerbación repentina de una enfermedad mental subyacente” (De Vicente Martínez, 2021, p. 383). También ha de generar una perturbación plena de las facultades del sujeto (siendo eximente incompleta en caso de no ser plena o atenuante por analogía o de arrebató u obcecación<sup>4</sup> en caso de ser leve) y no debe ser provocado voluntariamente como medio para cometer el delito concreto (Obregón García & Gómez Lanz, 2023a). Por ello, la jurisprudencia entiende que el TMT no se debe aplicar como eximente en los casos donde el sujeto (Obregón García & Gómez Lanz, 2023a, énfasis original):

- *Ha buscado* la situación del TMT para cometer el delito.

---

<sup>4</sup> Se considera circunstancia atenuante “obrar por causas o estímulos tan poderosos que hayan producido arrebató, obcecación u otro estado pasional de entidad semejante” (art. 21.3 CP).

- No ha buscado el TMT, pero anteriormente *ha previsto* que en ese estado podría llegar a cometerlo.
- No ha buscado cometerlo ni lo ha previsto con anterioridad, pero tenía el *deber de prever* que en ese estado podía llegar a cometerlo. Este deber genera dudas en la práctica, pero, en sentido estricto, se entiende que sería cuando el sujeto es garante del bien jurídico que se pondría en peligro en ese estado.

Estos términos relacionados con la psicopatología del individuo son de carácter jurídico, y no coinciden con los que emplean actualmente los profesionales de la psicología y la psiquiatría, que utilizan para sus diagnósticos los manuales DSM o CIE. De hecho, la jurisprudencia suele recurrir todavía a los términos de la clasificación psiquiátrica tradicional para concretar lo que se entiende por anomalía o alteración psíquica, siendo los supuestos más frecuentes (Mir Puig, 2008a; Obregón García & Gómez Lanz, 2023a):

- **Psicosis:** Alteran cualitativamente la psique, perturbando las capacidades cognitivas y volitivas del sujeto. Pueden ser endógenas (esquizofrenia, paranoia, psicosis maníaco-depresiva, epilepsias) o exógenas.
- **Neurosis:** Reacciones anormales ante situaciones vitales determinadas, que pueden ser tratadas por la psicología y eliminarse. Suelen ser anímicas, como depresión, angustia, fobia, obsesión-compulsión, histeria, estrés...
- **Psicopatías:** Personalidades anormales, inadaptadas socialmente. Consideran que no tienen curación y que afectan a la afectividad del sujeto, no a su inteligencia y voluntad.
- **Demencias:** Alteraciones orgánicas del cerebro, debido a diferentes causas, que reducen la capacidad intelectual y volitiva.
- **Oligofrenias:** Los déficits intelectuales, donde la inteligencia del sujeto se encuentra cuantitativamente alterada.

El diccionario panhispánico del español jurídico expone que lo trascendente en derecho es determinar la existencia de la anomalía o alteración psíquica, restando importancia a la denominación exacta de ésta, y demostrar cómo esa anomalía o alteración ha influido en las capacidades cognitivas y volitivas del sujeto, anulándolas o menoscabándolas (Real Academia Española, s. f.), lo que podría justificar la diferencia de conceptos entre psicología y derecho. Sin embargo, estas diferencias generan discrepancias en la práctica, pues suponen una generalización de casos dispares y confusión respecto a las consecuencias penales que conllevarían ciertos trastornos en relación con las capacidades cognitivas y volitivas.

Las reflexiones que se han hecho a lo largo del tiempo sobre la psicología y el derecho han contribuido a generar un consenso doctrinal sobre las implicaciones que determinados trastornos tienen en ciertos delitos. Por ejemplo, este sería el caso de la psicopatía, un trastorno tradicionalmente asociado a delitos como homicidio o asesinato (Dujo López & Horcajo Gil, 2017). A lo largo de los años, el diagnóstico de psicopatía no se ha considerado argumento para disminuir la responsabilidad penal, pues se ha entendido que no afecta a la imputabilidad del sujeto, sin embargo, sí que ha habido ocasiones en las que se ha empleado como atenuante por analogía a la anomalía o alteración psíquica o como eximente incompleta (Dujo López & Horcajo Gil, 2017; Gómez Lanz & Halty Barrutieta, 2016; Pozueco et al., 2011; Requejo Conde, 2017). Estas discrepancias en su tratamiento son consecuencia del debate existente respecto a la conceptualización de la psicopatía en el ámbito de la psicología y la psiquiatría (Gómez Lanz & Halty Barrutieta, 2016; Pozueco et al., 2011), sumado a que la jurisprudencia habitualmente utiliza el término “psicopatía” como sinónimo de “trastorno de la personalidad” (Lorenzo García et al., 2016; Lorenzo García & Agustina, 2016; Requejo Conde, 2017). Así, los estudios que han puesto en común el derecho y la psicología han logrado esclarecer la confusión de conceptos y llegar a un consenso sobre su influencia en la imputabilidad y su tratamiento a nivel penal: a priori, la psicopatía no afecta a la imputabilidad, pues el sujeto tiene intactas sus capacidades cognitivas y volitivas (Pozueco et al., 2011), sin embargo, sería posible aplicar la atenuante analógica en caso de que se acompañe de otros trastornos que sí las afecten, como consumo de alcohol y drogas (Gómez Lanz & Halty Barrutieta, 2016; Requejo Conde, 2017). Esto mismo podría suceder en el caso de la pedofilia, donde tampoco existe consenso respecto a su consideración o no como trastorno y sus implicaciones sobre la responsabilidad penal, de ahí que resulte relevante analizar qué se entiende por pedofilia y qué argumentos judiciales se emplean cuando se utiliza su diagnóstico como circunstancia modificativa de la responsabilidad penal.

Así pues, cabe a continuación explicar las formas clínicas de entender la pedofilia desde el punto de vista de la psicología, para comprender su posible afectación sobre las capacidades cognitivas y volitivas de los sujetos.

## **2. Formas clínicas de entender la pedofilia**

Como se ha explicado previamente, pederastia y pedofilia no son sinónimos: mientras que la pederastia implica un acto delictivo, la pedofilia simplemente designa la atracción sexual por los menores. Sin embargo, en psicología no existe consenso respecto a cómo conceptualizar la pedofilia. Tradicionalmente se ha entendido como un trastorno

parafilico, pero desde hace unos años se debate su consideración como cronofilia, un término muy similar al que habitualmente se ha considerado como orientación sexual. A continuación, se exponen distintas formas de entender la pedofilia.

### **2.1. La pedofilia como trastorno parafilico**

El DSM-5 define las parafilias como “cualquier interés sexual intenso y persistente distinto del interés sexual por la estimulación genital o las caricias preliminares dentro de relaciones humanas consentidas y con parejas físicamente maduras y fenotípicamente normales” (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014, p. 685). Considera que las parafilias son frecuentes, pero que lo que las convierte en trastorno parafilico es que causen malestar al sujeto que las padece o que impliquen un “perjuicio personal o riesgo de daño a terceros” (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014, p. 685). Por tanto, el DSM-5 admite que las parafilias en sí mismas no son patológicas, sino simples desviaciones sexuales, y que estas son condiciones necesarias, pero no suficientes, para diagnosticar un trastorno parafilico (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013b, 2014; De Block & Adriaens, 2013).

Dentro del apartado de trastornos parafilicos, el DSM-5 diferencia entre aquellos basados en las *preferencias de actividad anómalas* y los de *preferencias de objetivo anómalas*. Los trastornos parafilicos por preferencias de actividad anómalas se subdividen a su vez en *trastornos del cortejo* (trastorno de *voyeurismo*, de exhibicionismo y de *frotteurismo*) y *trastornos algolágnicos* (implican dolor y sufrimiento, como el trastorno de masoquismo sexual y el de sadismo sexual). Por su parte, los de preferencias de objetivo anómalas incluirían el trastorno de pedofilia (orientado a otras personas) y el de fetichismo y travestismo (orientado a otros campos) (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

Al igual que con las parafilias, el DSM-5 distingue entre pedofilia y trastorno de pedofilia (F65.4). Los criterios diagnósticos del trastorno de pedofilia han sufrido múltiples variaciones a lo largo del tiempo (Malón, 2012), pero la versión actual entiende que es necesario que la persona haya sentido, durante al menos seis meses, una excitación sexual intensa y recurrente hacia menores, manifestada en forma de fantasías, deseos sexuales irrefrenables o comportamientos que han sido puestos en acción o que causan grave malestar (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014). Por su parte, la CIE-11 incluye el trastorno de pedofilia (6D32) dentro del apartado de trastornos parafilicos, entendiendo a estos como parte de los trastornos mentales, del comportamiento y del neurodesarrollo, y aporta una definición similar a la del DSM-5, centrándose en la excitación sexual persistente hacia los menores (Organización Mundial de la Salud, 2023). En la Tabla 1 puede verse una comparativa de los criterios diagnósticos del trastorno de pedofilia según ambos manuales.

**Tabla 1**

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

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

A pesar de lo expuesto sobre que el trastorno de pedofilia y la pederastia no son sinónimos, ambas definiciones incluyen como criterios del trastorno el paso a la acción. Es decir, consideran que el trastorno lo padecerían tanto individuos que han cometido el delito de agresión sexual a menores como quienes no llegan a realizarlo y sienten malestar por sus pensamientos y deseos. Por tanto, los propios manuales de diagnóstico podrían estar contribuyendo a esta confusión de términos entre pedofilia y pederastia, algo que ha sido criticado por diversos autores (Berlin, 2014).

Esto se ve claramente reflejado en el apartado de características diagnósticas del DSM-5, donde se expone que el diagnóstico de trastorno de pedofilia debe aplicarse a aquellos individuos que se reconocen con pedofilia como a quienes lo niegan, a pesar de haber argumentos evidentes que demuestren que la padecen (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014). Así, el trastorno podría diagnosticarse tanto a personas de las que se sabe que se han acercado a niños con intenciones sexuales, pero se defienden diciendo que fueron encuentros no intencionados ni sexuales y niegan el tener deseos o fantasías con menores, como a quienes reconocen haber tenido esos encuentros, pero rechazan el

tener un interés sexual hacia ellos (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014). Por otro lado, se sobreentiende que, si los individuos niegan el tener fantasías sexuales con menores, podrían negar igualmente su malestar subjetivo, por lo que se les podría diagnosticar también en caso de haber pruebas de comportamientos recurrentes durante 6 meses y de haber “actuado con deseos sexuales irrefrenables o tenido problemas interpersonales como consecuencia del trastorno” (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014, p. 698).

La crítica principal en la que coinciden diversos autores es relativa a la importancia que se da al comportamiento del sujeto en los distintos manuales para diagnosticar el trastorno (Beech et al., 2016), dejando de lado el resto de criterios que justificarían su inclusión en el DSM y la CIE, aún en ausencia de la conducta delictiva (Berlin, 2014; Krueger et al., 2017). Consideran que poner el énfasis en la conducta, incluso cuando los individuos niegan las fantasías y deseos sexuales, no es lo suficientemente claro, pues el paso a la acción puede referirse a múltiples comportamientos, más allá del abuso sexual infantil (Beech et al., 2016; Berlin, 2014; Gannon, 2021), como masturbarse teniendo fantasías pedófilas o consumir material abusivo de menores (Berlin, 2014). De hecho, el DSM-5 también contempla el visionado de material abusivo de menores como un indicador útil para diagnosticar el trastorno, asumiendo que las personas consumen aquello que se corresponde con sus intereses sexuales (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014), pero este argumento es cuestionado en varias ocasiones (Berlin, 2014; Herrero Mejías, 2018).

Además, sabemos que no todo acto pederasta está motivado por intereses pedófilos ni todo deseo de cometer actos sexuales con menores implica el pasar a la acción (Gannon, 2021; Gerwinn et al., 2018; Herrero Mejías, 2018; Jahnke, 2018b; Seto, 2009, 2018), por lo que la motivación del acto sería otro factor a tener en cuenta. En el caso de los sujetos que pasan a la acción, identificar la motivación con la que han actuado es fundamental, ya no solo desde el punto de vista de la psicología, porque permitiría diferenciar entre agresores pedófilos y no pedófilos, sino también desde el del derecho, pues podría dar lugar a diferentes tipificaciones o aplicaciones de atenuantes y agravantes. Por ejemplo, en derecho es importante concretar la motivación del sujeto en los casos de homicidio (art. 138 CP), pues la tipificación delictiva podría pasar a ser asesinato si el sujeto cometió el acto a cambio de un precio, recompensa o promesa (art. 139 CP). De la misma forma, si la víctima fuese una persona homosexual, dependiendo de la motivación del agresor, la tipificación podría variar entre un delito de homicidio con o sin agravante de motivos discriminatorios (art. 22.4 CP).

Respecto al surgimiento y curso de la pedofilia, el DSM-5 señala que el trastorno de pedofilia se desarrolla en la pubertad y es de por vida, sin embargo, su curso puede variar, aumentando o disminuyendo con la edad, pues hay elementos del trastorno que pueden cambiar con o sin tratamiento: el malestar subjetivo, el deterioro psicosocial o la motivación sexual hacia los menores. De hecho, se considera que, a mayor edad, mayor probabilidad de reducir los comportamientos sexuales con menores. Asimismo, desde esta perspectiva clínica se entiende que influyen factores de riesgo temperamentales, ambientales, genéticos y fisiológicos. Además, el DSM-5 distingue entre trastorno de pedofilia de tipo exclusivo (atracción exclusiva por menores) y no exclusivo (atracción por menores y por adultos) (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014). Por ello, un mismo diagnóstico puede tener matices diferentes que influyan sobre su calificación legal, haciendo que se considere como una anomalía o alteración psíquica capaz de modificar la responsabilidad penal o no, debiendo valorarse cada uno de los factores y de las tipologías.

Respecto a la exclusividad o no del trastorno de pedofilia, diversos autores han expresado la importancia de investigar por qué ciertas personas tienen un tipo u otro de pedofilia (Gannon, 2021), al igual que el incluir dentro del diagnóstico el sexo y la edad de los menores que más atraen al sujeto, pudiendo entonces distinguir entre pedofilia (atracción sexual por menores de 11 años), hebefilia (atracción por menores de entre 11 y 14 años) y pedohebefilia (atracción por ambos) (Blanchard et al., 2009). Otros autores, en cambio, consideran que, si bien la hebefilia existe diferenciada de la pedofilia, su especificación en el diagnóstico no es necesaria a efectos prácticos (Seto, 2018).

Actualmente, el abordaje terapéutico del trastorno sigue siendo complicado, debido a la falta de especificidad del diagnóstico y a las confusiones que esto genera. Una de las grandes controversias tiene que ver con la explicación que el DSM-5 dio inicialmente en el apartado de características diagnósticas del trastorno, donde se consideró que si no existe malestar subjetivo, limitaciones funcionales y el sujeto nunca ha pasado a la acción, no se trataría del trastorno, sino de “una orientación sexual de pedofilia” (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014, p. 698). El considerar la pedofilia como una *orientación sexual* generó gran controversia social, por lo que la Asociación Americana de Psiquiatría (2013), a través de una nota de prensa, aclaró que se trataba de un error y que el término sería sustituido por el de *interés sexual*, al igual que apoyó el condenar penalmente a las personas que agreden sexualmente a menores y el desarrollar tratamientos para el trastorno de pedofilia como forma de prevención.

Este cambio, en realidad, puede haber contribuido a generar más confusión, pues la orientación y el interés sexual son conceptos distintos. El interés sexual se refiere a

aquello que la persona quiere hacer, lo lleve a cabo o no, implicando una activación sexual en el individuo (Moser, 2016; Schippers et al., 2023). Se entiende que es algo aprendido y, por tanto, flexible y susceptible de cambio (Imhoff et al., 2017; Schmidt & Imhoff, 2021), por lo que considerar a la pedofilia como un interés sexual supondría la presencia de cualquier respuesta sexual absoluta hacia un estímulo relacionado con menores (Schippers et al., 2023). La orientación sexual, en cambio, es una atracción erótica más intensa y arraigada hacia cierto tipo de personas (en el caso de la pedofilia, menores de edad), inmutable y duradera, que se establece antes de la edad adulta y que no puede ser modificada después (Imhoff et al., 2017; Moser, 2016; Schmidt & Imhoff, 2021; Seto, 2011).

Ahora bien, retomar la idea de la pedofilia como una orientación sexual está siendo respaldado por diversos autores en la actualidad y es la concepción clínica que se expone a continuación.

## **2.2. La pedofilia como cronofilia**

Para Seto (2017), la orientación sexual es “una tendencia estable a orientarse preferentemente — en términos de atención, interés, atracción y excitación genital — a clases particulares de estímulos sexuales” (p. 3). Es inmutable y duradera y se establece antes de la edad adulta, durante la pubertad (Imhoff et al., 2017; Moser, 2016; Moser & Kleinplatz, 2020; Schmidt & Imhoff, 2021; Seto, 2011, 2017). Seto (2017) entiende que la orientación sexual puede dirigirse hacia diferentes dimensiones y que cada individuo tendrá una preferencia concreta en cada una de ellas. Estas dimensiones serían la de género (la más conocida), edad, yo-otros (intereses sexuales dirigidos hacia fuera con otras personas o hacia dentro con un yo imaginado), vivo-no vivo, especie humana u otra (por ejemplo, zoofilia), y actividades (como exhibicionismo, *voyeurismo* o *froteurismo*) (Seto, 2017). En este contexto, toma especial importancia la consideración de la edad como una de las dimensiones de la orientación sexual, a la que se ha designado como *cronofilia*, pues lo controvertido de la pedofilia es que quienes la padecen sienten atracción hacia individuos menores de edad y, por tanto, sujetos de especial protección en el ámbito del derecho penal, sin capacidades atribuidas de prestar consentimiento o tomar según qué decisiones.

Para comprender mejor el concepto, cabe mencionar que el término “cronofilia” (del griego, *khronos*, tiempo, y *philia*, amor) fue acuñado por Money (1986) para designar a la preferencia sexual dirigida a un tramo de edad concreto, una de las dimensiones que Seto (2017) considera parte de la orientación sexual. Así, la pedofilia sería un tipo de cronofilia, es decir, una preferencia o deseo sexual estable por niños de entre 3 y 10 años (Seto, 2017, 2018). Además, existirían otros tipos de cronofilias, siendo la teleiofilia (atracción por personas de entre 18 y 30 años) la más habitual (Seto, 2011, 2017, 2018).



Seto (2017, 2018) expone que las cronofilias no indican tanto la atracción por la edad, sino por la fisionomía de la persona, es decir, los caracteres sexuales primarios y secundarios visibles. Para ello, vincula cada tipo de cronofilia a un estadio de la escala de maduración sexual de Tanner (1990), donde se muestran los cambios físicos de hombres y mujeres en su transición de la niñez a la edad adulta (ver Figura 1 y Figura 2 en Anexos). En la Tabla 2 se recogen los tipos de cronofilias y su correspondencia con los estadios de Tanner.

**Tabla 2**

*Tipos de cronofilias*

<b>Cronofilia</b>	<b>Atracción sexual</b>	<b>Estadio de Tanner</b>
Nepiofilia	Bebés y niños de hasta 2 años	1
Pedofilia	Niños prepubescentes de entre 3 y 10 años	1
Hebefilia	Preadolescentes de entre 11 y 14 años	2-3
Efebofilia	Adolescentes de entre 15 y 17 años	4
Teleiofilia	Jóvenes adultos maduros sexualmente, de 18 años hacia el final de la década de los 30.	5
Mesofilia	Adultos de mediana edad, perimenopáusicos o periandropáusicos, de 40 años a finales de los 50	5
Gerontofilia	Adultos ancianos, de 60 años en adelante	5

*Nota.* Adaptado de "The Puzzle of Male Chronophilias" (p. 5), por M.C. Seto, 2017, *Archives of Sexual Behavior*, 46(1).

Estas cronofilias pueden ser exclusivas, si la persona solo siente atracción sexual hacia una edad o fisionomía concreta, o no exclusivas, si siente atracción hacia varias (Seto, 2017, 2018). Por tanto, puede haber personas con pedofilia exclusiva, que solo se sienten atraídas por menores prepubescentes, o con pedofilia no exclusiva, que, además de sentirse atraídas por esos menores, también se sentirían atraídas por personas adultas (Blanchard et al., 2009; Seto, 2017, 2018). En concreto, parece que la no exclusividad es más probable en adultos con hebefilia que con pedofilia o teleiofilia (Beier et al., 2009), sin embargo, también existen personas con pedofilia que se sienten igualmente atraídas a los menores que a los adultos, siendo capaces de mantener relaciones plenamente satisfactorias con estos últimos (Seto, 2017).

Desde esta perspectiva clínica, se entiende que la pedofilia es una atracción sexual estable, que se desarrolla en la pubertad (Grundmann et al., 2016; Konrad et al., 2021; Seto, 2017, 2018) y que no tiene "cura" ni puede cambiarse a largo plazo, especialmente en los casos de pedofilia exclusiva (Konrad et al., 2021; Moser, 2019; Seto, 2017). Ni

quiera las intervenciones farmacológicas o de castración química han dado resultados consistentes, pues las personas con pedofilia pueden seguir sintiendo deseos románticos, no exclusivamente eróticos, hacia los menores y la mayoría de los abusos engloban actos como la masturbación del menor o la práctica del sexo oral (Seto, 2009), esto es, acciones tipificadas como agresión sexual y perjudiciales para un menor, pese a que no se dan las conductas que la castración química evita, tales como la erección o la eyaculación. Así, los tratamientos no deberían ceñirse exclusivamente al ámbito farmacológico, dado que obviarían los factores psicosociales que también guían la conducta del individuo, sino centrarse en enseñar al individuo a convivir y manejar su atracción sexual hacia los menores (Beier, 2021; Seto, 2009, 2017), pero, para ello, la motivación del sujeto jugará un papel muy importante (Seto, 2009). Por esto mismo, se apuesta más por el ofrecimiento de espacios que permitan a las personas con pedofilia hablar de su orientación y reducir su malestar, dotándolas de herramientas con las que no pasen a la acción y cometan un delito (Beier et al., 2009; Gannon, 2021; Jahnke, 2018b). De hecho, hay autores que defienden que muchas personas con pedofilia experimentan gran malestar debido a su orientación sexual y son más proclives a buscar tratamiento, aunque popularmente se piense lo contrario (Beier et al., 2009, 2021).

Por tanto, los autores que comparten esta postura sobre la pedofilia entienden que el tratamiento más eficaz es el que se centra en la prevención de las agresiones sexuales a menores, popular en países como Alemania (*Prevention Project Dunkelfeld*), Reino Unido (*Stop It Now!*), República Checa (*Projekt Parafilik*), Francia (*PedoHelp*), Estados Unidos (*Help Wanted Prevention*), Bélgica (*I.T.E.R. Center for Prevention and Treatment*) y Canadá (*Talking for Change*), más que en la promoción del estigma y señalamiento de los sujetos con estos intereses (Lasher & Stinson, 2017). En esta línea, destaca el Proyecto Dunkelfeld, que fue lanzado el 6 de junio de 2005 en Berlín, y cuyo objetivo es “impedir el abuso sexual de menores ofreciendo opciones de tratamiento especiales a las personas que se sienten sexualmente atraídas por los niños y buscan ayuda para controlar su comportamiento” (Beier et al., 2021, p. 43). El tratamiento emplea el uso de psicofármacos junto con la psicoterapia y ha obtenido buenos resultados (Beier et al., 2009, 2015, 2021).

### **2.3. La pedofilia como interés sexual atípico**

Hay autores que consideran que la conceptualización de las parafilias es confusa, pues ni siquiera cumplen la definición de trastorno mental que sugiere el DSM (Moser, 2019; Moser & Kleinplatz, 2020). El DSM-5 define al trastorno mental como “un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento del individuo que refleja una disfunción de los

procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental” (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014, p. 20), generalmente a consecuencia de un estrés significativo para el individuo. Además, en su definición se explicita que los comportamientos socialmente desviados (ya sean políticos, sexuales, religiosos o delictivos) no son trastornos mentales, a no ser que sean resultado de una disfunción como las inicialmente mencionadas (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014). Sin embargo, en el caso de las parafilias esta disfunción debe resultar del malestar personal a causa de sus intereses sexuales y no del derivado por el rechazo social hacia las parafilias (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013b). En este sentido, este último criterio no se cumpliría, pues existe un gran estigma hacia las personas con parafilias y, en concreto, hacia quienes padecen pedofilia, lo cual genera malestar personal en estos individuos (Jahnke, 2018a, 2018b; Stevens & Wood, 2019). Por todo ello, los autores que sostienen esta postura defienden que las parafilias simplemente son intereses sexuales poco habituales y que la sección debería ser revisada o directamente eliminada del manual (Moser, 2009; Moser & Kleinplatz, 2006, 2020).

A lo largo de los años ha habido muchos cambios en las preferencias sexuales consideradas patológicas, lo que muestra las dificultades existentes en la psiquiatría y la psicología para diferenciar el trastorno mental de conductas inmorales, no éticas o ilegales (De Block & Adriaens, 2013; Giami, 2015; Moser, 2009; Moser & Kleinplatz, 2006). El debate ha girado tradicionalmente en torno a la homosexualidad, que inicialmente fue considerada un trastorno y se recogió en el DSM, hasta que se obtuvieron argumentos suficientes para su eliminación del manual. Diversos investigadores sostienen que con las parafilias sucederá lo mismo y que si el debate aún sigue abierto es porque se presupone que las parafilias son menos frecuentes que la homosexualidad y por el fuerte activismo del colectivo homosexual, que necesitó demostrar la ausencia de una patología mental concomitante a la orientación sexual (De Block & Adriaens, 2013; Moser & Kleinplatz, 2006, 2020).

El DSM-5 parece haber hecho ciertos avances a este respecto, pues diferencia entre la desviación sexual y el trastorno mental, argumentando que la parafilia es condición necesaria, pero no suficiente, para desarrollar un trastorno (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014; De Block & Adriaens, 2013; Moser & Kleinplatz, 2020). Sin embargo, el énfasis de esta distinción se coloca en si la parafilia resulta dañina o no, es decir, en si el sujeto con parafilias como pedofilia, sadismo, *voyeurismo*, exhibicionismo o *froteurismo* ha tenido o no una víctima (De Block & Adriaens, 2013). Por tanto, se considera problemático que el DSM no explique cómo y por qué dañar a otros es lo que hace que sea un trastorno, más que una conducta inmoral o delictiva (De Block & Adriaens, 2013). Es decir, se critica

el énfasis que el DSM pone en las conductas sexuales específicas de las parafilias para diagnosticar el trastorno (Moser & Kleinplatz, 2006).

Moser (2009) ejemplifica este dilema exponiendo que tener un interés sexual atípico no es más patológico que tener un color de pelo poco común, al igual que tener preferencia sexual por personas rubias no es menos relevante que tener preferencia por personas de determinada edad. El debate actualmente se centra sobre todo en la edad de las personas que atraen al individuo, lo que dirige el foco a la pedofilia, donde las personas se sienten sexualmente atraídas por menores de edad y pasar a la acción supondría un delito. Sin embargo, el autor señala que cometer un delito no indica necesariamente una patología y que la mayoría de los criminales no cuentan con diagnósticos basados en los crímenes concretos que han cometido. Por tanto, se entendería que el que un adulto pasase a la acción con un menor por sentir atracción sexual o romántica hacia este no sería un trastorno psicológico, sino una preferencia sexual inusual, pero al haber pasado a la acción sería también un delito por el que debería ser condenado (Moser, 2009).

Desde esta perspectiva clínica, se entiende que la conceptualización confusa de las parafilias y, por tanto, de la pedofilia, repercute igualmente en el objetivo del tratamiento de estas personas. Siguiendo con el ejemplo de las personas rubias que aportan los autores, Moser y Kleinplatz (2020) señalan que, si todas esas personas fuesen diagnosticadas con un trastorno distímico, el tratamiento apropiado debería centrarse en ese trastorno, en lugar de en cambiar el color de pelo. Del mismo modo, exponen que ante personas con intereses sexuales normofilicos que acuden a consulta sintiendo un malestar, los psicoterapeutas focalizarían el tratamiento en cambiar ese malestar y no sus intereses sexuales. Por ello, al entender que las parafilias no son un trastorno mental, defienden que los tratamientos no deberían focalizarse en cambiar o eliminar sus intereses sexuales, sino en el trastorno principal con el que acuden a consulta.

Por otro lado, los autores que apoyan esta postura sostienen que la eliminación de las parafilias del DSM, incluyendo la pedofilia, también tendría implicaciones a nivel legal, por el poder que un diagnóstico psiquiátrico o psicológico puede tener a nivel jurídico (De Block & Adriaens, 2013; Moser, 2009; Moser & Kleinplatz, 2006). El patologizar los intereses sexuales atípicos no solo genera discriminación y disuade a las personas de buscar ayuda profesional cuando tienen problemas, sino que también podría usarse su diagnóstico en procedimientos penales y civiles para alegar que no son capaces de controlar su conducta, cuando esto no es cierto (De Block & Adriaens, 2013; Moser, 2009; Moser & Kleinplatz, 2006, 2020).

### 3. Psicología y derecho: la pedofilia desde el punto de vista de la responsabilidad penal

Como se ha expuesto, el diagnóstico de pedofilia es muy discutido a nivel clínico, lo que supone una falta de consenso respecto a cómo tratarlo jurisprudencialmente. Según si se considere un trastorno, una cronofilia o un mero interés sexual atípico, sus repercusiones a nivel penal serán diferentes.

En el presente trabajo, la conceptualización que se tomará como referencia será la expuesta en el DSM-5 y la CIE-11, por ser los manuales de diagnóstico oficiales empleados en el campo de la psicología clínica y sanitaria. Estos manuales consideran el trastorno de pedofilia como un trastorno parafilico, pero contemplan la posibilidad de que no sea un trastorno en caso de que no se haya pasado a la acción o no genere malestar o problemas interpersonales (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014; Organización Mundial de la Salud, 2023).

Partiendo de esta visión, la pedofilia podría considerarse desde el derecho penal como una anomalía o alteración psíquica, en lugar de un TMT, pues se trata de una condición de temprano desarrollo e inmutable. Cabría, por tanto, reflexionar sobre qué influencia tendría sobre las capacidades cognitivas y volitivas.

En países como Estados Unidos, por ejemplo, se han dado casos en los que la jurisprudencia asume que la presencia de pedofilia conlleva una dificultad en el autocontrol de los impulsos sexuales, lo que dificulta que puedan controlar sus actos delictivos con menores (Berlin, 2014). Por tanto, entienden que es una condición que afectaría a la capacidad volitiva, pero no cognitiva, y dictan sus penas en consecuencia. Así queda reflejado en la sentencia estadounidense 521 U.S. 346 (1997) del caso *Kansas vs. Hendricks*<sup>5</sup>, donde se condena al agresor a un internamiento involuntario por considerar que actúa movido por un impulso irresistible, no siendo capaz de controlar sus conductas delictivas respecto a los menores

Precisamente, el control de los impulsos está estrechamente relacionado con la capacidad volitiva, pues se considera que una incapacidad para controlarlos sería un condicionante a la hora de actuar, limitando la libertad del sujeto y, por tanto, afectando a su imputabilidad y responsabilidad penal. Esta cuestión ha sido ampliamente discutida a nivel clínico y jurisprudencial, pues tanto el DSM-5 como la CIE-11 cuentan con un apartado de trastornos del control de los impulsos, donde se incluyen trastornos como la cleptomanía

---

<sup>5</sup> Puede accederse a dicha sentencia a través del siguiente enlace: <https://www.supremecourt.gov/opinions/boundvolumes/521bv.pdf> (pp. 346 – 398).

(F63.2 en DSM-5 y 6C71 en CIE-11), estrechamente vinculado a los delitos de hurto. La conclusión a la que se llega es que la cleptomanía y otros trastornos del control de los impulsos menoscaban la voluntad de actuar de los sujetos y repercuten en su imputabilidad (Correcher Mira, 2020; Sánchez Vilanova, 2019).

Razonamientos de este tipo podrían haber sido replicados en sentencias de la jurisprudencia española, en el marco de delitos contra la indemnidad sexual de los menores. Así, podría estar empleándose el diagnóstico de pedofilia como justificación para aplicar una circunstancia eximente o atenuante de la pena, a pesar de que ni el DSM-5 ni la CIE-11 mencionen explícitamente esta dificultad en el control de impulsos.

La pedofilia no puede entenderse como un trastorno del control de los impulsos (Cohen et al., 2002) y la dificultad en el control de impulsos no es un criterio diagnóstico del trastorno de pedofilia, por lo que, a priori, una persona con pedofilia no debería ver afectada su capacidad de cognición y volición. Es cierto que el DSM-5 menciona “deseos sexuales irrefrenables” y esto podría dar a entender una dificultad en el control del impulso sexual y, por tanto, una disminución de la capacidad volitiva. Sin embargo, tener ciertas fantasías o intereses sexuales no implica que se vayan a llevar a cabo (Beier, 2018; Moser, 2016; Schippers et al., 2023), pues existen condicionantes sociales, de compromiso y morales que pueden servir de barrera para que el individuo no actúe conforme a su deseo. Un ejemplo de esto serían las personas célibes, que deciden voluntariamente no mantener relaciones sexuales por motivos personales o vocación religiosa, o los llamados pedófilos virtuosos, personas que reconocen su propia pedofilia, pero se comprometen a no llevar a cabo sus deseos al ser conscientes de las graves consecuencias que ello podría tener para un menor (Nielsen et al., 2022; Stevens & Wood, 2019; Walker, 2021).

Cabe mencionar que ni el DSM ni las investigaciones científicas han encontrado dificultades en la cognición, la regulación emocional o la conducta de las personas con trastornos parafilicos, más allá de la puesta en acción de sus parafilias (Moser & Kleinplatz, 2020), salvo que se presente la parafilia de manera comórbida con un trastorno mental que pudiera modificar la responsabilidad penal del sujeto. Este sería el caso de la discapacidad intelectual, por ejemplo, habitualmente encontrada en personas con parafilias y, en concreto, con pedofilia (Cantor et al., 2004, 2005; Rice et al., 2008). Por ello, en caso de diagnosticarse un trastorno del control de los impulsos, o de cualquier otro tipo, comórbido a la pedofilia, se debería aplicar la atenuante o eximente como consecuencia de la afectación de dichos trastornos a las capacidades volitivas y cognitivas, y no de la preferencia sexual del individuo.

Por todo ello, una persona diagnosticada de pedofilia no tendría mermadas sus capacidades cognitivas, pues es capaz de comprender la ilicitud del hecho, ni las volitivas, pues que sienta atracción o deseos sexuales por los menores no es sinónimo de que vaya a pasar a la acción ni de que sea incapaz de controlar sus impulsos, como se hace patente en el caso de los pedófilos virtuosos. Aplicando el criterio mixto biológico-psicológico del derecho penal, por tanto, el diagnóstico de pedofilia no sería un motivo para disminuir la responsabilidad penal, pues no altera la capacidad del sujeto para comprender el hecho ilícito y actuar conforme a dicha comprensión.

Bajo este prisma de no afectación a las capacidades cognitivas y volitivas se van a estudiar las sentencias recuperadas, a fin de analizar desde el punto de vista de la psicología los argumentos judiciales empleados para disminuir la responsabilidad penal y concluir si puede llegarse a un consenso respecto al tratamiento jurisprudencial de la pedofilia.

## MÉTODO

La primera parte de elaboración de este trabajo consistió en valorar el estado de la cuestión, para lo que se consultaron las estadísticas de criminalidad del INE y los informes sobre delitos contra la libertad e indemnidad sexuales del Ministerio del Interior. Asimismo, se consultaron las webs de *Save the Children* y UNICEF para acceder a informes sobre agresión sexual de menores y otros delitos contra la indemnidad sexual de los menores.

Para la revisión bibliográfica se utilizaron las bases de datos *PsycINFO* y *Academic Search Complete*, introduciendo palabras clave como “*pedophilia*”, “*paidofilia*”, “*pedophilia*” AND “*hebephilia*”, “*pedophilia*” AND “*DSM*” or “*ICD*”, “*parafilias*” AND “*DSM*”, “*abuso sexual infantil*” AND “*pedofilia*”, “*pedophilia*” AND “*myths*”, “*child sexual abuse*” AND “*pedophilia*”, “*pedophilia*” AND “*stigma*”. Se usó un filtro temporal de 2015 a 2023 y se realizó una búsqueda inversa de artículos, revisando las referencias de los recuperados en las primeras búsquedas y seleccionando los más citados. En cuanto al ámbito legal, se consultaron diversos manuales de derecho penal, el Diccionario panhispánico del español jurídico de la Real Academia Española y la biblioteca digital de la base de datos de Tirant *on line*, así como el Código Penal vigente y la Ley Orgánica 10/2022, de 6 de septiembre, de garantía integral de la libertad sexual.

La búsqueda de sentencias se llevó a cabo mediante las bases de datos de Aranzadi Instituciones y de Tirant *on line*. A pesar de las múltiples reformas del Código Penal español y sus consecuencias en los tipos penales relacionados con la libertad sexual, no se consideró necesario el acotar la búsqueda a un marco temporal concreto. El objetivo fue recuperar sentencias en las que el trastorno de pedofilia se emplease como

circunstancia modificativa de la responsabilidad penal en cualquier delito contra la indemnidad sexual de los menores, independientemente del tipo. Por ello, el único criterio de selección fue que el trastorno de pedofilia apareciese como circunstancia modificativa de la responsabilidad penal, para lo que se revisó especialmente los apartados Fundamentos Jurídicos y Fallo de cada una de las sentencias.

En la base de datos de Aranzadi Instituciones se seleccionó la opción de Jurisprudencia, introduciendo la palabra clave “pedofilia”, con la que se obtuvieron 479 resultados. Para filtrar esas sentencias, se empleó la opción de buscar en resultados, introduciendo la palabra “atenuante”, donde se obtuvieron 78 resultados, y después la palabra “eximente”, obteniéndose 57. Teniendo en cuenta el criterio de selección y descartando las sentencias repetidas en ambas búsquedas, el resultado final fue de 25 sentencias. Con intención de ampliar la muestra, se introdujo en el buscador de Jurisprudencia la ecuación “(pedofilia NO paidofilia) Y atenuante O eximente”, con la que se obtuvieron 4 resultados, que fueron descartados por estar ya incluidos en la anterior búsqueda.

Por esto mismo, se recurrió a la base de datos de Tirant *on line*, en su opción de Jurisprudencia Penal, y se introdujo en el buscador la ecuación “pedofilia Y atenuante”, obteniéndose 52 resultados. Teniendo en cuenta el criterio de selección y descartando las sentencias repetidas, el resultado final fue de 7 sentencias. Se lanzó una segunda búsqueda escribiendo en el buscador la ecuación “pedofilia Y atenuante O eximente” y filtrando los resultados con la opción de “Delito contra la libertad e indemnidad sexuales” y “Delitos de agresión y abuso a menores” y una tercera búsqueda con “paidofilia Y atenuante O eximente NO pedofilia” y los mismos filtros. Aplicando los mismos criterios de selección, se recuperaron 3 sentencias más.

De las 35 sentencias obtenidas, se vio que 6 eran recursos de otras de las sentencias recuperadas, siendo entonces sobre el mismo caso, por lo que se decidió incluir en el estudio los argumentos de las sentencias dictadas por el órgano jurisdiccional superior. Aun así, las 35 sentencias fueron codificadas.

La muestra final para el análisis, por tanto, fue de 29 sentencias entre los años 1995 y 2021, que se referenciarán en el texto con la letra “S”, seguida del número que se muestra en el listado del Anexo II<sup>6</sup>. En dicho listado se incluye también el identificador ECLI de cada sentencia, para poder consultarlas a texto completo. Como en algunas sentencias no se disponía del identificador ECLI o del número de sentencia o recurso, se recurrió al Centro

---

<sup>6</sup> Las seis sentencias que son recursos de otras se han identificado con el número asignado a la sentencia del órgano jurisdiccional superior seguido del término “bis”.



de Documentación Judicial (CENDOJ) del Consejo General del Poder Judicial (CGPJ) y se contactó con la Oficina de Comunicación del CGPJ para conseguir dicha información.

Para codificar las sentencias se crearon 43 variables cuantitativas y cualitativas, tomando como referencia la revisión bibliográfica realizada y el contenido de las sentencias (ver Anexo III y el Excel descargable<sup>7</sup>). La información de cada variable se localizó en cada sentencia, atendiendo especialmente a los apartados de Hechos probados, Fundamentos Jurídicos y Fallo, y se codificó en un documento Excel. La codificación de los delitos se realizó teniendo en cuenta los indicados textualmente en el Fallo, a pesar de los cambios de nomenclatura a lo largo de los años y de la reciente reforma del CP español por la Ley Orgánica 10/2022, de 6 de septiembre, de garantía integral de la libertad sexual. Sin embargo, con ánimo de unificar las conductas penadas se recurrió a la actual redacción y se crearon dos variables adicionales (variables 19 y 20 en Anexo III): agresión sexual a menores (acorde al capítulo II del CP, de las agresiones sexuales a menores de 16 años, y que incluye de la variable 7 a la 11) y pornografía infantil (art. 189 CP, de la variable 12 a la 15).

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

## RESULTADOS

En las 29 sentencias analizadas todos los agresores con pedofilia son hombres, con una edad media de 40,8 años ( $n = 17$ , mín. = 18, máx. = 72,  $SD = 17,1$ ). Atendiendo al CP español vigente, la mayoría son condenados por delitos de agresión sexual a menores (65,5%,  $n = 19$ ), seguido de delitos de pornografía infantil (48,3%,  $n = 14$ ), provocación sexual a menores (6,9%,  $n = 2$ ), exhibicionismo (3,4%,  $n = 1$ ) y prostitución de menores (3,4 %,  $n = 1$ ). Además, en el 21,1% de los casos de agresión sexual ( $n = 4$ ) hay constancia de que el sujeto era usuario de imágenes abusivas de menores, pues es condenado también por delitos de pornografía infantil, siendo estas diferencias estadísticamente significativas<sup>8</sup> ( $\chi^2 (1) = 16,4; p < 0,001$ ).

En un 24,1% ( $n = 7$ ) de las sentencias se condena al autor por otro delito, que, no siendo contra la indemnidad sexual, sí se relaciona con este. Así, en la S11 se condena también por un delito de tráfico de drogas, pues se ganó la confianza de uno de los menores a los que agredió ofreciéndole marihuana a cambio de ir a su casa, y en la S29 se le

---

<sup>7</sup> Enlace para acceder a la codificación de las sentencias: <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.17910.37440/1>

<sup>8</sup> Afirmar que las diferencias encontradas son estadísticamente significativas equivale a decir que es improbable que sean fruto del azar, por lo que es posible que haya una razón que explique dichas diferencias.

condena por un delito contra la salud pública, al contactar con dos mujeres con adicción a la heroína y la cocaína y prometerles cierta cantidad de las sustancias a cambio de que le lleven “una niña pequeña para desnudarla, pintarla y fotografiarla”. En esta última sentencia también se condena al sujeto por un delito de raptó<sup>9</sup> con respecto a la menor, al igual que en la S17, donde se condena por cuatro delitos de detención ilegal (el hombre, mayor de edad, actúa junto a su pareja, de 17 años, yendo en su vehículo a buscar a niñas que mete en su coche y lleva a su casa para agredirlas).

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

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

Respecto a la consideración de la pedofilia como circunstancia modificativa de la responsabilidad penal, varía dependiendo de si se presenta o no acompañada de otros trastornos. En todos los casos donde solo se diagnostica pedofilia (48,3%, n = 14) se aplica una atenuante por analogía a la anomalía o alteración psíquica. En los casos en los que hay al menos un trastorno comórbido a la pedofilia (51,7 %, n = 15), además de la atenuante por analogía, se aplica la eximente incompleta (ver Tabla 3). Aun así, estas diferencias no llegaron a ser estadísticamente significativas ( $\chi^2(1) = 3,12; p = 0,077$ ). Por otro lado, solo en dos de los casos donde se condena al autor por otros delitos se especifica que la

---

<sup>9</sup> Art. 440 del CP español de 1973: “El raptó de una mujer ejecutado contra su voluntad, y con miras deshonestas, será castigado con la pena de prisión mayor. Si la raptada tuviere menos de doce años se impondrá la misma pena, aunque el raptó fuere con su anuencia. Si hubiese acceso carnal se aplicará la penalidad conforme al artículo”. Actualmente este delito no se incluye en el CP, pero en este caso sería equivalente al delito de detención ilegal del art. 163 CP y 165 CP en el caso de que la víctima fuese menor de edad.

circunstancia modificativa no se aplica a dichos delitos (a la pertenencia a grupo criminal en la S26 y al delito contra la salud pública en la S29), pues se entiende que la pedofilia no influyó sobre ellos, al no ser relacionados con el ámbito sexual.

**Tabla 3**

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

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

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

En cuanto a las capacidades cognitivas y volitivas de los condenados, también varían dependiendo de si la pedofilia aparece o no acompañada de otros trastornos. En los casos en los que solo está presente la pedofilia (n = 14), se considera que la capacidad cognitiva está conservada, siendo estas diferencias estadísticamente significativas ( $\chi^2 (2) = 7,06; p = 0,029$ ). La capacidad volitiva, por su parte, se considera afectada en todos los casos, excepto en la S3 (se expone que “no tenía afectadas sus capacidades cognitivas y volitivas, sino solo mermadas sus barreras de contención o inhibición”, pero parece que no equiparan esto a las capacidades volitivas), mayoritariamente sin especificar el grado (ver Tabla 4).

**Tabla 4***Efectos del diagnóstico exclusivo de pedofilia sobre la capacidad volitiva*

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

Si la pedofilia se presenta comórbida a otros trastornos (n = 15), hay casos en los que se considera que la capacidad cognitiva está afectada, ya sea sin especificar el grado o de forma leve. En concreto, los trastornos que acompañan a la pedofilia en estos casos son la discapacidad intelectual (S4 y S13), los trastornos adaptativos (mixto en S4 y depresivo en S7), los de personalidad (trastorno de personalidad en S7, antisocial (F60.2) en S17 y límite (F60.3) en S20) y los orgánicos (deterioro orgánico funcional cerebral que potencia la pedofilia, en S8, y que además va acompañado de un trastorno esquizoafectivo de tipo bipolar). La capacidad volitiva se encuentra afectada en todos los casos, aunque principalmente sin especificar en qué grado. En la Tabla 5 se recoge el efecto de la pedofilia comórbida a otros trastornos y su repercusión sobre las capacidades cognitivas y volitivas.

**Tabla 5***Efectos del diagnóstico de pedofilia comórbido a otros trastornos sobre las capacidades cognitivas y volitivas*

	<b>Capacidad cognitiva</b>	<b>Capacidad volitiva</b>
Conservada	60%	0%
Afectación leve	13,3%	20%
Afectación moderada	0%	13,3%
Afectación grave	0%	13,3%
Afectada, pero sin especificar grado	26,7%	53,3%

Para justificar la elección o no de la circunstancia modificativa de la responsabilidad penal al diagnosticarse pedofilia y su afectación o no sobre las capacidades cognitivas y volitivas, en varias sentencias se hace referencia a otras fuentes de información. En concreto, se citan sentencias previas, especialmente la STS 1283/1997, de 24 de octubre

(ECLI:ES:TS:1997:6341), aunque también se encuentran referencias a la STS 478/2019, de 14 de octubre (ECLI:ES:TS:2019:3397)<sup>10</sup>, la S16 y la S29. En todas ellas se menciona que podría apreciarse una disminución de la imputabilidad cuando la pedofilia va asociada a otros trastornos psíquicos relevantes. Asimismo, hay sentencias en las que se nombra al DSM y a la CIE para definir el trastorno de pedofilia y otras en las que se hace alusión a los informes periciales de médicos, psiquiatras y psicólogos.

Respecto a las víctimas de los delitos por agresor, la mayoría son mujeres (65,5%, n = 19), seguida de varones (24,1%, n = 7) y de ambos sexos (10,3%, n = 3). Tan solo en cinco de las sentencias se recoge el especificador de la atracción por el sexo al diagnosticar pedofilia, siendo en cuatro de ellas por el femenino (S5, S23, S24 y S25) y en una por el masculino (S21). Del mismo modo, atendiendo a las sentencias en las que se recoge el especificador de exclusividad<sup>11</sup> (N = 10) se obtiene que la mayoría (70%, n = 7) padece una pedofilia de tipo no exclusivo.

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

En la Tabla 6 se recoge un resumen de los resultados obtenidos.

---

<sup>10</sup> Estas dos sentencias no se incluyeron en la muestra por no considerar la pedofilia como circunstancia modificativa de la responsabilidad penal. Sin embargo, puede accederse a ellas (y al resto de las que se citarán en el trabajo) a texto completo con el código ECLI proporcionado (ver Anexo IV), a través del buscador web del CENDOJ: <https://www.poderjudicial.es/search/indexAN.jsp>

<sup>11</sup> En la S6, S14 y S19 no se explicita que sea no exclusiva, pero puede deducirse. En las S6 y S14 el sujeto está casado con una mujer adulta y en la S19 se menciona que el abandono sentimental de su pareja hizo que se agravara su trastorno de personalidad por evitación y que sufriese una neurosis depresiva. Por tanto, se trata de sujetos capaces de sentirse atraídos por personas adultas.

**Tabla 6***Resultados del análisis de sentencias*

<b>Sentencia</b>	<b>Uso del concepto de pedofilia</b>	<b>Otros trastornos</b>	<b>Tipo de delito</b>	<b>Circunstancia modificativa</b>	<b>Capacidad cognitiva</b>	<b>Capacidad volitiva</b>
S1	Pedofilia, trastorno que se traduce en una preferencia sexual por los niños	No	Abuso sexual	Atenuante por analogía	Conservada	Afectación leve
S2	Trastorno de la personalidad de tipo paidofílico	No	Abuso sexual	Atenuante por analogía	Conservada	Afectación sin especificar grado
S3	Pedofilia	No	Abuso sexual continuado	Atenuante por analogía	Conservada	Conservada
S4	Peculiaridad de preferencia sexual con niños o paidofilia, de tipo exclusivo	Capacidad intelectual en el límite de la normalidad, trastorno adaptativo mixto de ansiedad y estado de ánimo depresivo	Abuso sexual y provocación sexual de menores	Atenuante por analogía	Afectación sin especificar grado	Afectación sin especificar grado
S5	Alteración en su inclinación sexual (respecto de los parámetros normalizados) o parafilia en su modalidad de pedofilia, de tipo heterosexual y de carácter no exclusivo, ya que también presenta inclinaciones sexuales normalizadas	No	Abuso sexual continuado	Atenuante por analogía	Conservada	Afectación sin especificar grado
S6	Trastorno del objeto sexual (parafilia pedofilia) que se caracteriza por un bajo control de su impulso sexual	Trastorno grave de personalidad, cociente de inteligencia en el límite de la normalidad y rasgos de personalidad (pasividad,	Abuso sexual y abuso sexual continuado	Atenuante por analogía	Conservada	Afectación sin especificar grado

		sentimientos de inferioridad...)				
S7	Evidente desviación del objeto sexual, orientado hacia niños	Trastorno de la inclinación sexual tipo fetichismo y de adaptación y reacción depresiva prolongada, y un trastorno de la personalidad inmadura y de la personalidad junto con inclinación sexual, varias patologías como baja autoestima y pensamientos de ineficacia e inutilidad y de rechazo	Captación y utilización de menores con fines pornográficos y posesión de pornografía infantil	Atenuante por analogía	Afectación sin especificar grado	Afectación sin especificar grado
S8	Trastorno de la inclinación sexual, en concreto una paidofilia o preferencia sexual por niños y púberes menores de edad, que acepta y defiende	Trastorno esquizoafectivo bipolar con episodios maníaco-depresivos y un inicio de deterioro orgánico y funcional cerebral que potencia un trastorno de la inclinación sexual (parafilia tipo pedofilia), trastorno mixto de la personalidad	Abuso sexual continuado	Eximente incompleta	Afectación sin especificar grado	Afectación sin especificar grado
S9	Trastorno de pedofilia. Cumplía los criterios de pedofilia incluidos en un test DSM-IV TR. Esa conducta sexual está relacionada con alteraciones en el desarrollo psíquico de la personalidad con el de ciclismo curativos que llevan a buscar a las personas que no padecen como objetos sexuales a menores y ya sé que aunque las mismas conozcan que la tracción y prácticas sexuales	No	Abuso sexual	Atenuante por analogía	Conservada	Afectación leve

	con menores son contrarias a las normas y están castigadas por las Leyes sienten una atracción como consecuencia de un impulso sexual difícil de controlar					
S10	Trastorno psicopatológico diagnosticado de pedofilia	No	Abuso sexual continuado	Atenuante por analogía	Conservada	Afectación sin especificar grado
S11	Trastorno de pedofilia	Trastorno mixto de personalidad	Abuso sexual continuado, utilización de menores con fines pornográficos, provocación sexual de menores y exhibicionismo	Atenuante por analogía	Conservada	Afectación leve
S12	Parafilia tipo pedofilia, de carácter grave. Es un trastorno de la sexualidad, en los que la conducta anómala se caracteriza por una desviación del objeto del deseo. Existen impulsos sexuales intensos y recurrentes con comportamientos que implican actividad sexual con niños púberes	No	Agresión sexual	Atenuante por analogía	Conservada	Afectación grave
S13	Pedofilia	Nivel mental límite	Agresión sexual	Atenuante por analogía	Afectación leve	Afectación leve
S14	Trastorno parafilico (pedofilia)	Trastorno de personalidad por dependencia y evitación	Abuso sexual continuado	Atenuante por analogía	Conservada	Afectación sin especificar grado



S15	Paidofilia entendida como preferencia sexual dirigida hacia niños niñas de edad prepuberal o de pubertad temprana	No	Abuso sexual continuado, captación y utilización de menores con fines pornográficos, posesión y difusión de pornografía infantil	Atenuante por analogía	Conservada	Afectación leve
S16	Trastorno de la personalidad de tipo paidofílico, lo que limita sus facultades del control de los impulsos en los actos tendentes al logro de satisfacción sexual con menores de edad	No	Utilización de menores con fines pornográficos	Atenuante por analogía	Conservada	Afectación sin especificar grado
S17	Trastorno de la inclinación sexual denominado pedofilia de grado leve a moderado y de tipo no exclusivo	Trastorno antisocial de la personalidad	Agresión sexual	Atenuante por analogía	Afectación sin especificar grado	Afectación sin especificar grado
S18	Estado de cronicidad de la pedofilia del acusado como trastorno de inclinación sexual	No	Abuso sexual, abuso sexual en grado de tentativa, agresión sexual	Atenuante por analogía	Conservada	Afectación grave
S19	Su personalidad es compatible con el "ciberacosador sexual" de naturaleza pedófila por su preferencia sexual	Trastorno de personalidad por evitación y neurosis depresiva	Utilización de menores con fines pornográficos, posesión y difusión de pornografía infantil	Eximente incompleta	Conservada	Afectación grave
S20	Paidofilia	Trastorno no especificado en la sentencia e inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite	Agresión sexual en grado de tentativa	Atenuante por analogía	Afectación leve	Afectación leve

S21	Trastorno de pedofilia tipo exclusivo con atracción por el sexo masculino	Trastorno de adaptación, con sintomatología mixta ansioso depresiva, en respuesta a factores de estrés identificables	Abuso sexual continuado, utilización de menores con fines pornográficos y posesión de pornografía infantil	Atenuante por analogía	Conservada	Afectación moderada
S22	Pedofilia voyerista de carácter compulsivo	No	Posesión de pornografía infantil	Atenuante por analogía	Conservada	Afectación sin especificar grado
S23	Trastorno por parafilia (pedofilia) por atracción por las mujeres de tipo no exclusivo (302.2 según el DSM- IV-TR) y atracción sexual hacia las niñas, junto con un componente compulsivo	No	Utilización de menores con fines pornográficos y posesión de pornografía infantil	Atenuante por analogía	Conservada	Afectación leve
S24	Es pedófilo, es decir, siente atracción sexual por menores prepúberes, en este caso de sexo femenino	No	Abuso sexual continuado, utilización de menores con fines pornográficos y difusión de pornografía infantil	Atenuante por analogía	Conservada	Afectación sin especificar grado
S25	Trastorno de pedofilia no exclusivo, sexo femenino, alteración del pensamiento que limita su voluntad impidiendo moderadamente su auto-control en tanto no puede evitar tener pensamientos de este tipo, pero no su conciencia	Rasgos obsesivos-compulsivos de personalidad importantes	Difusión de pornografía infantil	Atenuante por analogía	Conservada	Afectación moderada

S26	Trastorno de pedofilia	No	Utilización de menores con fines pornográficos	Atenuante por analogía	Conservada	Afectación moderada
S27	Pedofilia o paidofilia, especial atracción por adolescentes o menores	<i>Voyeurismo</i> y consumo de cocaína	Captación y utilización de menores con fines pornográficos y prostitución de menores	Atenuante por analogía	Conservada	Afectación sin especificar grado
S28	Trastorno sexual del tipo pedofilia. Se revela su Falta de dominio de su voluntad, su pérdida de capacidad volitiva, lo que por cierto es una de las características de las conductas parafilicas	Trastorno de tipo mixto con rasgos paranoides, de ansiedad y compulsivos	Posesión y difusión de pornografía infantil	Atenuante por analogía	Conservada	Afectación sin especificar grado
S29	Tendencia u orientación sexual del sujeto (parafilia), reconocida desde 1980 como enfermedad psiquiátrica (DSM-III), que no es liviana en este caso por su carácter recurrente y por la variedad de sus manifestaciones: pedofilia en concurrencia con <i>voyeurismo</i> y ciertas expresiones sádicas	Distimia, trastornos de personalidad de carácter narcisista, adicción a la cocaína, consumo de alcohol abusivo, <i>voyeurismo</i> y expresiones sádicas	Captación y utilización de menores con fines pornográficos y posesión de pornografía infantil	Eximente incompleta	Conservada	Afectación grave

---

*Nota.* La transcripción del uso del concepto de pedofilia y otros trastornos es literal al texto que aparece en las sentencias.

## DISCUSIÓN

El objetivo de este trabajo es analizar los argumentos judiciales empleados en sentencias españolas de agresiones sexuales a menores y otros delitos contra la indemnidad sexual en las que se emplea el diagnóstico de pedofilia como atenuante o eximente, a fin de explicar desde el punto de vista de la psicología clínica si pueden considerarse válidos y llegar a un consenso respecto al tratamiento jurisprudencial del diagnóstico.

El análisis de sentencias muestra que los autores del delito diagnosticados de pedofilia son hombres adultos, de mediana edad, que padecen al menos un trastorno adicional (como trastornos de personalidad, discapacidad intelectual o trastornos adaptativos) y son condenados por delitos de agresión sexual a menores o de pornografía infantil, encontrándose algunos casos donde ambos delitos concurren. Además, en caso de ser condenados por otros delitos no sexuales, estos son consecuencia de los actos que tuvieron que realizar para atentar contra la indemnidad sexual de los menores (traficar con drogas, amenazar, raptar o vulnerar la intimidad del menor). La mayoría de los sujetos padecen pedofilia de tipo no exclusivo y con atracción por el sexo femenino y son desconocidos para la víctima, aunque destacan los casos en los que el agresor pertenece a su entorno, ya sea por ser un familiar, amigo de sus padres o un conocido. De hecho, ser familiar de la víctima constituye un factor de riesgo para sufrir un abuso sexual continuado en el tiempo.

Respecto a las consecuencias sobre la responsabilidad penal, existen diferencias en función de si el diagnóstico de pedofilia va acompañado o no de otros trastornos. En los casos en los que solo se diagnostica pedofilia, se emplea la atenuante por analogía a la anomalía o alteración psíquica, considerando que no afecta a la capacidad cognitiva pero sí a la volitiva, aunque no se concreta en qué grado. En los casos en los que la pedofilia aparece junto a otros trastornos, se aplica también la eximente incompleta, además de la atenuante por analogía, considerando que la capacidad cognitiva podría verse alterada, aunque sin especificar el grado, cuando se acompaña de discapacidad intelectual, trastornos adaptativos, trastorno de personalidad límite o antisocial y trastornos orgánicos cerebrales. La capacidad cognitiva se considera alterada, aunque no se concreta el grado.

Los resultados obtenidos del análisis de sentencias parecen confirmar la hipótesis de que la pedofilia se contempla en el derecho penal como una anomalía o alteración psíquica en lugar de un TMT, por su carácter permanente, postura en la que coinciden todas las perspectivas clínicas expuestas. Sin embargo, para valorar la imputabilidad se emplea el criterio mixto biológico-psicológico, que implica que no basta con que el sujeto

tenga esa anomalía psíquica, sino que dicha anomalía debe afectar a su capacidad cognitiva y volitiva en el momento de comisión de los hechos. Según el grado de afectación, se aplicará una circunstancia modificativa u otra: eximente para aquellos casos en los que la disminución de capacidades haya sido plena, eximente incompleta si la alteración fue significativa, pero no total, y atenuante analógica en los casos de afectación leve (Obregón García & Gómez Lanz, 2023a; Real Academia Española, s. f.).

Ninguna de las sentencias empleó la pedofilia como eximente, por lo que parece haber consenso respecto a que no sería una anomalía psíquica que anulase totalmente las capacidades del sujeto. Por otro lado, en la mayoría de las sentencias no se concreta el grado de afectación de las capacidades cognitivas y volitivas, pero parece que en los tres casos de eximentes incompletas sí que se cumple que la capacidad volitiva esté gravemente alterada (S18 y S29) o que tanto la capacidad cognitiva como la volitiva estén significativamente alteradas (S8).

Sobre esto, la Sala Penal del Tribunal Supremo (TS) expone en múltiples sentencias que los sujetos diagnosticados de pedofilia y otros trastornos sexuales “son libres de actuar al tener una capacidad de querer, de entender y obrar plenas” (STS 4221/1991, de 16 de julio (ECLI:ES:TS:1991:4221); STS 1283/1997, de 24 de octubre; STS 558/2020, de 2 de julio (ECLI:ES:TS:2020:6046A)), y que la pedofilia sólo podría afectar a la imputabilidad cuando sea de carácter grave, siendo “sintomática de una psicosis o en las situaciones de pasión desbordada” (STS 4221/1991, de 16 de julio) o por ir asociada a otros trastornos relevantes (STS 1283/1997, de 24 de octubre; STS 478/2019, de 14 de octubre). Para ilustrar esto último, la jurisprudencia toma como referencia el caso de la S29, donde se aplica una eximente incompleta porque la pedofilia es de carácter recurrente y aparece junto con distimia, trastornos de personalidad de carácter narcisista, adicción a la cocaína, consumo de alcohol abusivo, voyeurismo y expresiones sádicas, considerándose que, en su conjunto, la capacidad de autocontrol se halla disminuida, alterando la voluntad del sujeto.

Cabe señalar que la STS 1283/1997, de 24 de octubre, parece ser la primera que usa de ejemplo a la S29 para ilustrar en qué casos se podría aplicar la eximente incompleta y ello ha ocasionado que sentencias posteriores confundan estos dos casos y usen a la STS 1283/1997, de 24 de octubre, como ejemplo de caso de eximente incompleta, cuando en esa sentencia se concluye que la pedofilia era “una orientación sexual congruente con el acto realizado, que no impedía ni limitaba su capacidad de actuar conforme a su conocimiento de la ilicitud de su acción”, por lo que no se aplica ninguna circunstancia

modificativa. En concreto, este error de interpretación se refleja en la S5 y la S8 de la muestra.

Contrastando estos argumentos con los resultados del análisis de sentencias, parece haber consenso respecto al tratamiento de la pedofilia cuando es comórbida a otros trastornos, pues precisamente esos casos representan la mayoría de la muestra y son en los que se aplica la eximente incompleta y la atenuante analógica.

Los trastornos comórbidos más habituales de la muestra son los de personalidad, la discapacidad intelectual y los adaptativos. Respecto a los trastornos de personalidad, estudios como el de Bogaerts et al. (2008) afirman que la mayoría de agresores sexuales de menores presentan al menos un trastorno de personalidad y encuentran comorbilidad entre ciertos trastornos de personalidad y parafilias. Por su parte, Hörburger & Habermeyer (2020) también encuentran más trastornos parafilicos y de personalidad entre los agresores sexuales y exponen que quienes agreden sexualmente a menores es más probable que sean diagnosticados de trastornos de personalidad del grupo C (por evitación (F60.6), dependiente (F60.7) y obsesivo-compulsivo (F60.5)) y pedofilia. La doctrina jurisprudencial considera que la presencia de un trastorno de personalidad podría alterar las capacidades cognitivas y volitivas del sujeto en el momento de cometer el delito, especialmente si va acompañado de otro trastorno de entidad relevante, por lo que contempla su aplicación como atenuante por analogía o eximente incompleta (Lorenzo García et al., 2016; Lorenzo García & Agustina, 2016).

Respecto a la discapacidad intelectual, diversos estudios encuentran comorbilidad con las parafilias y, en concreto, con la pedofilia (Cantor et al., 2004, 2005; Rice et al., 2008). En derecho es habitual referirse a ellas como oligofrenias y hay consenso sobre su afectación a las capacidades cognitivas del sujeto, por constituir una alteración cuantitativa de la inteligencia del sujeto, pudiendo actuar como eximente completa, incompleta o atenuante por analogía según el grado de la alteración (Mir Puig, 2008a; Obregón García & Gómez Lanz, 2023a). Respecto a los trastornos adaptativos, podrían enmarcarse en lo que el derecho penal suele entender como neurosis, considerándose las alteraciones más leves, pero pudiendo llegar a actuar también como eximentes incompletas o atenuantes por analogía (Mir Puig, 2008a; Obregón García & Gómez Lanz, 2023a).

Sin embargo, donde parecen hallarse discrepancias es entre lo que la jurisprudencia expone sobre la pedofilia cuando esta se diagnostica sola y lo que sucede realmente en la práctica.

La Sala Penal del TS explica que la pedofilia “o búsqueda del placer sexual con los niños es considerada por la psiquiatría como un trastorno o perversión sexual,

estimándose, en líneas generales, que los sujetos afectados por estos trastornos son libres de actuar al tener una capacidad de querer, de entender y obrar plenas. Por ello, se ha estimado ordinariamente que “una pedofilia moderada, es decir una orientación sexual congruente con los abusos de menores realizados, no impide ni limita la capacidad de actuar del acusado conforme a su conocimiento de la ilicitud de su acción” (STS 4221/1991, de 16 de julio; STS 1283/1997, de 24 de octubre; STS 558/2020, de 2 de julio).

A pesar de la conceptualización dada por el TS en las sentencias citadas, los resultados del análisis de sentencias muestran que casi la mitad de los casos utilizan el diagnóstico único de pedofilia como atenuante por analogía a la anomalía psíquica, argumentando que afecta a la capacidad volitiva del sujeto en el momento de cometer los hechos, aunque no a la cognitiva. Esto es porque entienden que la pedofilia influye en la capacidad del sujeto para controlar sus actos sexuales dirigidos hacia menores (S2, S15) “mediante los apropiados frenos o estímulos inhibitorios” (S1), como consecuencia de impulsos sexuales difíciles de controlar (S9, S12, S16). En la S6, de hecho, se menciona que la pedofilia “se caracteriza por un bajo control de su impulso sexual”, al igual que en la S28 (“falta de dominio de su voluntad, su pérdida de capacidad volitiva, lo que por cierto es una de las características de las conductas parafilicas”). Además, en los delitos de pornografía infantil se menciona habitualmente la incapacidad del sujeto para frenar el acceso y descarga de imágenes abusivas de menores, llegando a calificarse de compulsivo (S22, S23, S24). Tan solo en un caso se considera que las capacidades cognitivas y volitivas no se encontraban afectadas, sino “solo mermadas sus barreras de contención e inhibición”, aplicándose por esto último la atenuante por vía analógica, pero no especificándose que ello equivalga a una merma en la capacidad volitiva (S3).

Atendiendo a la conceptualización de pedofilia que se toma como referencia en este trabajo, ni en el DSM-5 ni en la CIE-11 se menciona como criterio diagnóstico una incapacidad o dificultad para controlar el impulso sexual. Es cierto que el DSM-5 incluye la expresión “deseos irrefrenables”, lo que podría dar a pie a valorar una incapacidad en el control del impulso sexual, sin embargo, tener fantasías o deseos sexuales no implica que estos vayan a ser llevados a cabo (Beier, 2018; Moser, 2016; Schippers et al., 2023). Por otro lado, estudios como el de Cohen et al. (2002) sostienen que los rasgos impulsivos no son predominantes en las personas con pedofilia en comparación con un grupo control y que el motivo por el que algunas personas con pedofilia acaban cometiendo actos sexuales relacionados con menores tendría más que ver con la presencia de distorsiones cognitivas y mecanismos motivacionales que con dificultades en el control de los impulsos.

La existencia de los llamados pedófilos virtuosos, además, pone de manifiesto que es posible sentir atracción sexual hacia menores y no pasar a la acción (Nielsen et al., 2022; Stevens & Wood, 2019). Esta es la idea de la que parte el Proyecto Dunkelfeld, lanzado en Berlín el 6 de junio de 2005. La palabra *dunkelfeld* significa “campo oscuro” en alemán, y se eligió como nombre del proyecto para hacer referencia a todos los delitos de agresiones sexuales a menores y pornografía infantil que quedan en la sombra, no llegando a las autoridades (Beier, 2018; Beier et al., 2009, 2015, 2021). Así, el proyecto tiene como objetivo prevenir este tipo de delitos ofreciendo terapia a personas que reconocen su pedofilia, sienten malestar y buscan tratamiento por miedo a pasar a la acción o a volver a hacerlo en caso de que ya haya sucedido (Beier, 2018; Beier et al., 2021; Herrero Mejías, 2018). El tratamiento se lleva a cabo mediante el programa *Berlin Dissexuality Therapy Program* (BEDIT), de formato grupal y sesiones semanales de unos 45-50 minutos durante 12 meses (Beier, 2021). El proyecto lleva desde entonces en activo y está obteniendo buenos resultados. En concreto, Beier (2018) expone que, a lo largo de 1 año de tratamiento, los participantes aprendieron a manejar mejor su sexualidad mediante el uso de técnicas cognitivo-conductuales, la aceptación de sus preferencias sexuales como parte de su identidad y tratamiento farmacológico, los tres pilares del programa BEDIT. Del mismo modo, Beier et al. (2015) encuentran que, tras el tratamiento, los participantes mostraron una disminución en el aislamiento; las estrategias de afrontamiento orientadas por la emoción; los déficits en la empatía emocional con las víctimas; las actitudes de apoyo al abuso; los déficits en autoeficacia y la preocupación por el sexo; siendo estos cambios estables en el tiempo y demostrando que es posible modificar los factores de riesgo dinámicos a través de tratamiento. Esto demuestra que las personas con pedofilia que pasan por terapia pueden aprender a controlar sus impulsos sexuales, por lo que no debe considerarse automáticamente que su capacidad volitiva se encuentra afectada de forma permanente.

Por otro lado, destacan los casos en los que se emplea el concepto de compulsión para definir a la pedofilia (“pedofilia voyerista de carácter compulsivo” en S22; pedofilia junto con un componente compulsivo en S23; “actividad compulsiva y poco controlada en lo que se refiere al acceso, descarga y almacenamiento de ficheros con contenido sexual en el que participan menores de edad” en S24), así como aquellos en los que el trastorno comórbido es relacionado con rasgos de personalidad compulsivos (S28) u obsesivo-compulsivos (S25), siendo todos de delitos de pornografía infantil. En estas sentencias, se argumenta que el sujeto “carece de recursos para frenar su impulso al visionado de imágenes de carácter sexual de menores” (S22) y que los marcados rasgos obsesivo-compulsivos no llegan a calificarse como trastorno, pero “le conducen a mirar y mirar fotos



del tipo indicado como único medio de calmar sus pensamientos” (S25). En efecto, hay estudios que encuentran rasgos compulsivos en personas con pedofilia (Cohen et al., 2002; Hörburger & Habermeyer, 2020), pero, de nuevo, esto no es un criterio diagnóstico del trastorno de pedofilia. Del mismo modo, hay constancia de la existencia del trastorno obsesivo-compulsivo (F42) con temática de pedofilia (TOC-P), en el que las personas tienen pensamientos intrusivos sobre sentirse atraídas por menores y cometer actos sexuales con ellos (componente obsesivo) que les generan gran malestar, por lo que llevan a cabo conductas repetitivas e ilógicas para reducir su malestar (componente compulsivo) (Bonagura et al., 2022; Bruce et al., 2018). La confusión entre TOC-P y trastorno de pedofilia es habitual en la práctica y podría estar siendo trasladada a distintos ámbitos, entre ellos, al penal (Bonagura et al., 2022). Cabría preguntarse, por tanto, si este error de diagnóstico podría haberse dado en alguna de estas sentencias.

Por último, merece mención especial el caso de la S8, donde se indica que el sujeto padece “un deterioro orgánico y funcional cerebral que potencia un trastorno de la inclinación sexual (parafilia tipo pedofilia)”, disminuyendo sus capacidades volitivas y cognitivas. El trastorno en este caso es una “cerviartrrosis evolucionada con mielopatía cervical” y se encuentra acompañada de un trastorno esquizoafectivo de tipo bipolar, que correspondería a una psicosis dentro de la clasificación tradicional empleada en el campo del derecho penal. Las psicosis se consideran las anomalías psíquicas más graves y, generalmente, actúan como eximentes completas e incompletas en caso de ser de menor intensidad (Mir Puig, 2008a; Obregón García & Gómez Lanz, 2023a).

Por otro lado, diversos estudios han demostrado la existencia de un tipo de pedofilia adquirida por daños cerebrales, distinta de la pedofilia del desarrollo (la clásica) (Camperio Ciani et al., 2019; Gilbert & Focquaert, 2015; Scarpazza et al., 2021). Por ejemplo, Burns & Swerdlow (2003) exponen el caso de un hombre de 40 años que, desde hace dos años, muestra interés en consumir imágenes abusivas de menores, sabiendo que está mal, pero no siendo esto suficiente para controlar sus acciones. El sujeto acaba cometiendo un delito contra la hija de su pareja y es condenado, pero, tras una valoración neurológica, se descubre un tumor cerebral que es extirpado y sus intereses pedófilos desaparecen. A los nueve meses de la operación, comienza a mostrar de nuevo intereses en utilizar imágenes abusivas de menores, por lo que se le vuelve a hacer una resonancia magnética y se descubre que el tumor está volviendo a aparecer. Cuando se le vuelve a operar, de nuevo, los síntomas desaparecen, quedando por tanto demostrada la causalidad del trastorno. Asimismo, Fumagalli et al. (2015) presentan el caso de un hombre de 71 años que, a los 63, empieza a manifestar una pedofilia no exclusiva con atracción por el sexo masculino, como consecuencia de una lesión cerebral que tuvo hace 31 años.

Las lesiones cerebrales en la pedofilia adquirida suelen ser especialmente en las regiones relacionadas con el control de los impulsos y la cognición social, haciendo que estas habilidades se encuentren deterioradas (Scarpazza et al., 2021). Por tanto, ante una pedofilia adquirida, en la que la pedofilia tiene una causa orgánica y es sobrevenida, se podría entender que existe una alteración de las capacidades cognitivas o volitivas y aplicarse una eximente o atenuante. En este sentido, Gilbert & Focquaert (2015) argumentan que habrá que prestar atención al caso concreto y que, en estos casos minoritarios, tal vez sería más adecuado someter al sujeto a un tratamiento terapéutico que a la pena de prisión sin tratamiento, incluso estableciéndolo como una condición para ser puestos en libertad.

En cuanto a la pedofilia del desarrollo, la más habitual, es cierto que también se han realizado investigaciones sobre su configuración cerebral, hallándose diferencias respecto a los cerebros de personas sin pedofilia. Así, las personas con pedofilia parecen tener menos materia blanca cerebral en los lóbulos temporal y parietal, bilateralmente (Cantor et al., 2008, 2015) y otras alteraciones funcionales de las áreas frontal, temporal y límbica del cerebro (Tenbergen et al., 2015). De todas formas, la existencia de una configuración cerebral diferente no implicaría necesariamente una disminución de la imputabilidad de los sujetos, pues, teniendo en cuenta el criterio mixto biológico-psicológico del derecho penal, sería necesario que esta afectase a las capacidades cognitivas y volitivas al cometer el hecho delictivo. Lo mismo sucede con la psicopatía, donde se ha demostrado que tienen diferencias a nivel cerebral, pero estas no repercuten en la valoración de la imputabilidad (Gómez Lanz & Halty Barrutieta, 2016).

Realmente la discrepancia entre lo que expone el TS teóricamente sobre el diagnóstico único de pedofilia (la no afectación a las capacidades cognitivas y volitivas del sujeto) y lo que sucede en la práctica en algunos casos (llegar a considerar una afectación en las capacidades volitivas y emplearlo como atenuante analógica) posiblemente tenga su origen en el debate existente en el campo de la psicología respecto a cómo conceptualizar la pedofilia, como sucede con la psicopatía (Gómez Lanz & Halty Barrutieta, 2016; Pozueco et al., 2011). Así, la confusión jurisprudencial, llegando a manifestarse en algunos casos incluso en la forma de nombrar a la pedofilia (“trastorno de personalidad de tipo paidofílico” en S2 y S16, o “pedofilia voyerista de carácter compulsivo en S22), es la consecuencia lógica de una falta de consenso a nivel clínico.

Para valorar el estado mental de un sujeto, los jueces recurren a las pruebas periciales, al tratarse de cuestiones complejas que exceden de sus conocimientos (STSJ de Extremadura 20/2020, de 12 de junio (ECLI:ES:TSJEXT:2020:559)). Así, se contacta

con especialistas de la psicología o la psiquiatría que sirvan de auxiliares al órgano jurisdiccional correspondiente para facilitarles la labor de tomar una decisión respecto a cómo interpretar y valorar los hechos, estando siempre la decisión última en el juez (STS 304/2010, de 29 de marzo (ECLI:ES:TS:2010:1974); STSJ de Extremadura 20/2020, de 12 de junio).

Por esto mismo, si el especialista de la psicología o la psiquiatría al que se solicita un informe pericial desconoce las diferencias entre la pedofilia y la pederastia o tiene un concepto erróneo de la pedofilia, asumiendo que implica un descontrol de los impulsos, orientará la decisión del juez en base a esas confusiones. Del mismo modo, si el psicólogo no conoce claramente los conceptos legales de capacidad cognitiva y volitiva ni entiende qué grado de alteración debe haber en ellas para considerarlas mermadas, no podrá adaptar su lenguaje clínico al lenguaje penal y el resultado podrá ser distinto al que se pretendía exponer.

Todo esto se ve reflejado en el análisis de sentencias cuando se analizan los argumentos judiciales. En más de la mitad, se hace alusiones a informes periciales, tanto de psicólogos como de médicos y psiquiatras, y en algunas sí que se concreta cómo afecta el diagnóstico a las capacidades cognitivas y volitivas (por ejemplo, en la S13 se concluye diciendo que están abolidas “las bases biológicas de la imputabilidad (conocimiento y voluntad)”). Sin embargo, en otras se señalan ciertos problemas para tomar la decisión sobre la afectación de las capacidades del sujeto como consecuencia de los informes periciales. Así, en la S22 el juez considera que el informe pericial “no proporciona un criterio adecuado para valorar la intensidad de la merma de la capacidad de inhibición, que no puede suponerse total ni muy elevada”, por lo que simplemente aplica la atenuante por analogía. En la S24 se recurre a tres especialistas cuyas opiniones no concuerdan, apreciando uno que el sujeto presenta una “disminución intensa de su capacidad volitiva, relevante y determinante, mientras el resto de especialistas (psicóloga y psiquiatras) no le atribuyen tal intensidad”, aplicando el juez la atenuante analógica. Por último, en la S27 el perito expone que solo está alterado el control de los impulsos, no pudiendo el sujeto “frenarse al 100%”, teniendo un “escaso control”, pero cuando se le pregunta por una mayor concreción, responde “que no hay una vara de medir”, por lo que el tribunal considera que no queda probado que la alteración en la capacidad volitiva sea intensa y se aplica una atenuante analógica.

Dicho todo esto, es cierto que la jurisprudencia tiende a no imponer criterios inamovibles en el caso de la pedofilia y prefiere valorar cada caso de forma individual, según su gravedad (STS 558/2020, de 2 de julio; S5), al igual que a lo que más peso da

es a determinar la existencia de una anomalía psíquica capaz de alterar las capacidades cognitivas y volitivas del sujeto en el momento de cometer el delito, independientemente de la denominación exacta o técnica de dicha anomalía (Real Academia Española, s. f.). Sin embargo, en el caso particular de la pedofilia, el emplear su diagnóstico como motivo para atenuar la responsabilidad penal por considerar que conlleva un descontrol en los impulsos podría estar contribuyendo a perpetuar los falsos mitos y el estigma asociado a las personas que padecen pedofilia.

Esto es una cuestión importante, pues las personas con pedofilia, independientemente de que hayan pasado o no a la acción, sufren un estigma y un rechazo social que, paradójicamente, aumenta el riesgo de que acaben actuando, por el estrés que el estigma conlleva: su salud mental empeora, se aíslan socialmente y no piden ayuda, a pesar de estar en riesgo de cometer un delito y dañar gravemente a un menor, por el miedo a ser rechazados por los profesionales del ámbito clínico (Jahnke, 2018b; Levenson et al., 2017; Walker, 2021). Además, es común que sientan vergüenza de sí mismos, por percibirse como “malas personas” (Grady et al., 2019).

Una de las propuestas de Jahnke (2018b) para combatir el estigma asociado a las personas con pedofilia es hacer conscientes a los psicoterapeutas e investigadores de la responsabilidad que tienen cuando divulgan sobre la pedofilia, especialmente respecto a referirse a ella como una atracción sexual hacia los menores que no implica el paso a la acción, a pesar de que ese sea uno de los criterios del DSM-5.

Siguiendo esta línea de pensamiento, sería conveniente que los especialistas que realizan informes periciales para los jueces y mencionan la existencia de pedofilia en el caso concreto, dejasen claro que esta no implica una dificultad en el control de impulsos o una tendencia a la compulsión y que, en caso de hallarse esa dificultad en el ámbito de los impulsos, el informe pericial se centrara en ello como argumento para alegar una capacidad volitiva alterada. Lo mismo sucedería en los casos con comorbilidad: a pesar de que la pedofilia apareciera junto con otros trastornos, la valoración sobre la alteración a las capacidades del sujeto podría hacerse en relación con esos otros trastornos, sin incluir la pedofilia como argumento de la alteración. Esto facilitaría que los jueces al tomar la decisión final no centrasen tanto la atención en la pedofilia, asumiendo que su presencia ya indica cierta limitación de la voluntad del sujeto. En la jurisprudencia ya se han visto casos en los que se aplica esta propuesta, por ejemplo, en la SAP de Álava 236/2013, de 16 de julio (ECLI:ES:APVI:2013:806), y en la SAP de Madrid 228/2012, de 8 de junio (ECLI:ES:APM:2012:8695), donde el sujeto acusado presenta pedofilia junto con discapacidad intelectual leve, pero se explicita que la pedofilia no afecta a sus capacidades

y que la aplicación de la atenuante analógica se aplica exclusivamente por la discapacidad intelectual.

Asimismo, cabe citar de nuevo a la STS 558/2020, de 2 de julio, en la cual se explicita que la pedofilia “solo será reprochable cuando se manifieste con actos que lesionen la libertad sexual de otros” y que “su trascendencia a efectos de determinar su culpabilidad vendrá determinada por su capacidad de entender la ilicitud de sus actos y de controlar sus impulsos, ni más ni menos que lo ponderable en la mayoría de las personas que sienten atracción homosexual o heterosexual con adultos y la manifiestan sin lesionar su libertad sexual”. Es decir, explicita que lo importante será la afectación a las capacidades volitivas y cognitivas y no tanto la atracción sexual del individuo, con la única diferencia respecto a las personas heterosexuales u homosexuales sin pedofilia de que, en este caso, llevar a cabo sus deseos implicaría una agresión hacia la indemnidad sexual de un menor. Del mismo modo, cabe mencionar que en la S29 y en la STS 1283/1997, de 24 de octubre, se habla de la pedofilia como “orientación sexual”, manifestando, por tanto, un entendimiento de esta más cercano al de cronofilia.

Este trabajo no está exento de limitaciones. En primer lugar, hay que tener en cuenta el tamaño de la muestra, que podría influir en la generalización de los resultados. En segundo lugar, aunque algunas sentencias recojan extractos de los informes periciales empleados para basarse en la elección de la circunstancia modificativa, no se puede acceder a ellos a texto completo, lo que afectaría también a la generalización de resultados. En tercer lugar, hay que tener en cuenta la falta de consenso que existe en el ámbito clínico respecto a la conceptualización de la pedofilia, lo cual podría haber repercutido en que se diagnosticase pedofilia al sujeto por el mero hecho de haber cometido un delito de agresión sexual a menores o de pornografía infantil o, incluso, el haber considerado un TOC-P como pedofilia. Por último, las sentencias que rechazaron la pedofilia como circunstancia modificativa de la responsabilidad penal fueron excluidas de la muestra y tal vez el análisis complementario de sus argumentos hubiese contribuido a profundizar más en la cuestión.

A pesar de estas limitaciones, los resultados de este trabajo pueden tener implicaciones a nivel práctico: se aporta una síntesis de las diferentes perspectivas clínicas sobre la pedofilia, se concluye en qué aspectos hay consenso en la jurisprudencia respecto al tratamiento de la pedofilia y en cuáles hay discrepancias y se hace una propuesta de cara a la elaboración de informes periciales en los que el sujeto presenta pedofilia, a fin de generar un consenso respecto a su tratamiento jurisprudencial que evite perpetuar el estigma asociado, factor que aumenta el riesgo de que cometan delitos contra la

indemnidad sexual de los menores (Grady et al., 2019; Jahnke, 2018b; Levenson et al., 2017). Además, también quedan abiertas futuras líneas de investigación.

En primer lugar, aunque se haya tomado como referencia la perspectiva del DSM-5 y la CIE-11 para analizar los argumentos judiciales, se cuestiona el criterio diagnóstico del paso a la acción, como ya han hecho otros autores previamente, pues podría estar contribuyendo a la confusión entre pedofilia y pederastia (Berlin, 2014), además de saberse que no todo acto pederasta está motivado por intereses pedófilos ni todo deseo de cometer actos sexuales con menores implica el realizarlos (Gannon, 2021; Gerwinn et al., 2018; Herrero Mejías, 2018; Jahnke, 2018b; Seto, 2009, 2018). Sin embargo, tampoco se opta por la postura de eliminarlo de los manuales (Moser, 2009; Moser & Kleinplatz, 2006, 2020). En su lugar, podría hacerse una revisión de los criterios diagnósticos, eliminando el requisito del paso a la acción, pero manteniendo los que indican la presencia de malestar subjetivo, a fin de que se puedan seguir ofreciendo tratamientos para quienes se encuentren en esa situación y se pueda seguir investigando. Esta postura es la que defienden también autores como Münch et al. (2020), que incluso proponen la inclusión de la categoría “pedofilia con anomalía mental” para que pueda usarse en el ámbito forense.

En segundo lugar, convendría seguir investigando acerca de los factores que influyen en el estigma hacia las personas con pedofilia, a fin de reducirlo de cara a la sociedad y a ellos mismos y su propia imagen, dada la importancia que tiene en la prevención de los casos de abuso sexual infantil y utilización de imágenes abusivas de menores. También sería interesante seguir desarrollando programas de tratamiento centrados en la prevención, como el Proyecto Dunkelfeld, a la vista de los buenos resultados que está obteniendo. En España, de hecho, se puso en marcha en mayo de 2019 en Cataluña el recurso PrevenSI, impulsado por el Instituto de Psicología Forense, el Instituto Intress y la Fundación IRES. Este recurso pretende prevenir los casos de abuso sexual infantil y tiene como objetivos enseñar su detección temprana, aportar información y formación a nivel de comunidad, atender a las víctimas y atender también a personas que presenten pedofilia o que hayan realizado actos sexuales relacionados con menores. Además, cuenta con un teléfono de atención directa<sup>12</sup>. Por otro lado, y esta ya a nivel internacional, destaca la plataforma *Virtuous Pedophiles*, para pedófilos virtuosos, un foro en el que usuarios anónimos que reconocen su propia pedofilia usan para darse apoyo y estrategias de prevención, pues entienden que cometer un acto sexual con un menor le

---

<sup>12</sup> Prevensi. (29 de marzo de 2020). *Sobre PrevenSI*. Recuperado el 10 de mayo de 2023 de <https://prevensi.es/sobre-prevensi/>

causaría graves daños y se comprometen a no hacerlo nunca<sup>13</sup>. De igual modo, los usuarios parecen bastante satisfechos con la plataforma (Nielsen et al., 2022; Stevens & Wood, 2019).

En tercer lugar, y de cara a aplicar un eficaz tratamiento, es importante tener en cuenta casos especiales, como las personas con pedofilia no exclusiva, que, de hecho, representan una mayoría en los resultados del análisis. La pedofilia no exclusiva implica que la persona se siente igualmente atraída por personas adultas que por menores, por lo que podría ser capaz de mantener relaciones sexo-afectivas satisfactorias sin atentar contra la indemnidad sexual de los menores (Seto, 2017). Así, en estos casos tal vez se podría presuponer un mejor pronóstico. Del mismo modo, los resultados muestran que cuando el abuso es intrafamiliar hay mayor riesgo de que sea continuado en el tiempo, en la línea con lo reflejado por Seto (2017). Se considera que los casos de abuso intrafamiliar o incesto no están lo suficientemente estudiados y que podría haber diferencias significativas respecto a los abusos fuera del entorno familiar, por lo que, en este ámbito, hay líneas de investigación abiertas que parecen estar siendo abordadas poco a poco (Seto, 2017).

Del mismo modo, los resultados del análisis de sentencias muestran diferencias significativas entre quienes cometen delitos de agresión a menores y delitos de pornografía infantil conjuntamente y quienes cometen solo uno de ellos, lo que parece indicar que entran en juego variables distintas en cada caso. La literatura emplea el término *agresor dual* para referirse a aquellos sujetos que consumen material abusivo de menores y también cometen delitos de agresión sexual a menores, y sostiene que, efectivamente, hay diferencias con respecto a quienes consumen imágenes abusivas de menores, pero no pasan a la acción, y quienes cometen la agresión sexual, pero no utilizan ese tipo de material (Henshaw et al., 2018; McManus et al., 2015). En concreto, McManus et al. (2015) encuentran que los agresores duales tienen mayor acceso a los menores, ya sea por cuestión de parentesco o de profesión; más antecedentes penales, sobre todo por delitos no sexuales; más comportamientos de ciberacoso sexual a menores; colecciones de imágenes abusivas de menores menos variadas que los no duales y tendencia a agredir a menores del mismo sexo y edad aproximada a los que veían en sus colecciones. Por su parte, Henshaw et al. (2018) encuentran que los sujetos que solo cometen delitos de pornografía infantil tienen más parafilias, pero menos puntuaciones en antisocialidad; los que solo agreden sexualmente son más antisociales y tienen baja puntuación en parafilias; y los agresores duales puntúan alto en ambas características. Esto muestra, por tanto, que

---

<sup>13</sup> Virtuous Pedophiles. (s. f.). *Who we are?* Recuperado el 10 de mayo de 2023 de <https://virped.org/who-we-are.html>

los agresores duales son un grupo especialmente problemático y cuyas características especiales deberían ser tenidas en cuenta de cara a elaborar los tratamientos.

Por último, resultaría de gran utilidad recoger en las sentencias datos como los especificadores de la pedofilia. Ya se ha expuesto que la no exclusividad podría ser relevante de cara al pronóstico del tratamiento, pero recoger la atracción por el sexo resultaría igualmente útil para hacer estudios de peligrosidad criminal y prevalencia, especialmente en los delitos de pornografía infantil, donde se obtiene que si el sujeto que consume material abusivo de menores tiene preferencia por el sexo masculino, la probabilidad de reincidencia es mayor (Seto et al., 2017; Seto & Eke, 2015).

El tratamiento jurisprudencial de la pedofilia en los delitos contra la indemnidad sexual de los menores, por tanto, continúa hoy en día siendo controvertido. Realizar investigaciones en este ámbito es de utilidad para poner en común la evidencia psicológica y la jurisprudencia. Por ello, se espera que las conclusiones de este trabajo sirvan para esclarecer la cuestión de cómo valorar la imputabilidad en los casos de personas con pedofilia que cometen este tipo de delitos.



## REFERENCIAS

- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013a). *APA Statement on DSM-5 Text Error Oct. 31, 2013* [Archivo PDF]. [https://psychstar.ca/resources/DSM-5\\_Corrections-to-Text\\_sexual\\_disorders.pdf](https://psychstar.ca/resources/DSM-5_Corrections-to-Text_sexual_disorders.pdf)
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013b). *Paraphilic Disorders* [Archivo PDF]. [https://www.psychiatry.org/File\\_Library/Psychiatrists/Practice/DSM/APA\\_DSM-5-Paraphilic-Disorders.pdf](https://www.psychiatry.org/File_Library/Psychiatrists/Practice/DSM/APA_DSM-5-Paraphilic-Disorders.pdf)
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5* (5.ª ed.). Editorial Médica Panamericana.
- Beech, A. R., Miner, M. H., & Thornton, D. (2016). Paraphilias in the DSM-5. *Annual Review of Clinical Psychology*, 12(1), 383-406. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-021815-093330>
- Beier, K. M. (2018). Preventing Child Sexual Abuse—The Prevention Project Dunkelfeld. *Journal of Sexual Medicine*, 15(8), 1065-1066. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.03.008>
- Beier, K. M. (2021). *Pedophilia, Hebephilia and Sexual Offending against Children*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-61262-7>
- Beier, K. M., Gieseler, H., Ulrich, H., Scherner, G., & Schlinzig, E. (2021). The Berlin Prevention Project Dunkelfeld (PPD). En K. M. Beier (Ed.), *Pedophilia, Hebephilia and Sexual Offending against Children* (pp. 43-56). Springer.
- 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. <https://doi.org/10.1111/jsm.12785>
- Beier, K. M., Neutze, J., Mundt, I. A., Ahlers, C. J., Goecker, D., Konrad, A., & Schaefer, G. A. (2009). Encouraging self-identified pedophiles and hebephiles to seek professional help: First results of the Prevention Project Dunkelfeld (PPD). *Child Abuse and Neglect*, 33(8), 545-549. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2009.04.002>
- Berlin, F. S. (2014). Pedophilia and DSM-5 : The Importance of Clearly Defining the Nature of a Pedophilic Disorder. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law Online*, 42(4), 404-407. <https://jaapl.org/content/42/4/404>
- Blanchard, R., Lykins, A. D., Wherrett, D., Kuban, M. E., Cantor, J. M., Blak, T., Dickey, R.,

- & Klassen, P. E. (2009). Pedophilia, hebephilia, and the DSM-V. *Archives of Sexual Behavior*, 38(3), 335-350. <https://doi.org/10.1007/s10508-008-9399-9>
- Bogaerts, S., Daalder, A., Vanheule, S., Desmet, M., & Leeuw, F. (2008). Personality disorders in a sample of paraphilic and nonparaphilic child molesters: A comparative study. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 52(1), 21-30. <https://doi.org/10.1177/0306624X07308261>
- Bonagura, A., Abrams, D., & Teller, J. (2022). Diagnostic Differential Between Pedophilic-OCD and Pedophilic Disorder: An Illustration with Two Vignettes. *Archives of Sexual Behavior*, 51(4), 2359-2368. <https://doi.org/10.1007/s10508-021-02273-5>
- Bruce, S. L., Ching, T. H. W., & Williams, M. T. (2018). Pedophilia-Themed Obsessive–Compulsive Disorder: Assessment, Differential Diagnosis, and Treatment with Exposure and Response Prevention. *Archives of Sexual Behavior*, 47(2), 389-402. <https://doi.org/10.1007/s10508-017-1031-4>
- Burns, J. M., & Swerdlow, R. H. (2003). Right orbitofrontal tumor with pedophilia symptom and constructional apraxia sign. *Archives of Neurology*, 60(3), 437-440. <https://doi.org/10.1001/archneur.60.3.437>
- Camperio Ciani, A. S., Scarpazza, C., Covelli, V., & Battaglia, U. (2019). Profiling acquired pedophilic behavior: Retrospective analysis of 66 Italian forensic cases of pedophilia. *International Journal of Law and Psychiatry*, 67(2019), 101508. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2019.101508>
- Cantor, J. M., Blanchard, R., Christensen, B. K., Dickey, R., Klassen, P. E., Beckstead, A. L., Blak, T., & Kuban, M. E. (2004). Intelligence, Memory, and Handedness in Pedophilia. *Neuropsychology*, 18(1), 3-14. <https://doi.org/10.1037/0894-4105.18.1.3>
- Cantor, J. M., Kabani, N., Christensen, B. K., Zipursky, R. B., Barbaree, H. E., Dickey, R., Klassen, P. E., Mikulis, D. J., Kuban, M. E., Blak, T., Richards, B. A., Hanratty, M. K., & Blanchard, R. (2008). Cerebral white matter deficiencies in pedophilic men. *Journal of Psychiatric Research*, 42(3), 167-183. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2007.10.013>
- Cantor, J. M., Lafaille, S., Soh, D. W., Moayedi, M., Mikulis, D. J., & Girard, T. A. (2015). Diffusion Tensor Imaging of Pedophilia. *Archives of Sexual Behavior*, 44(8), 2161-2172. <https://doi.org/10.1007/s10508-015-0629-7>
- Cantor, J. M., Robichaud, L. K., Blanchard, R., & Christensen, B. K. (2005). Quantitative reanalysis of aggregate data on IQ in sexual offenders. *Psychological Bulletin*, 131(4),

555-568. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.131.4.555>

Casanueva Sanz, I. (2023). Los trastornos mentales y sus efectos en la responsabilidad penal. El juego patológico. En S. Gil Noblejas & J. Gómez Lanz (Eds.), *El sistema penal y los objetivos de desarrollo sostenible de la Agenda 2030* (pp. 59-105). Tirant lo Blanch.

Código Penal [CP]. Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. 24 de noviembre de 1995 (España).

Cohen, L. J., Gans, S. W., McGeoch, P. G., Poznansky, O., Itskovich, Y., Murphy, S., Klein, E., Cullen, K., & Galynker, I. I. (2002). Impulsive personality traits in male pedophiles versus healthy controls: Is pedophilia an impulsive-aggressive disorder? *Comprehensive Psychiatry*, 43(2), 127-134. <https://doi.org/10.1053/comp.2002.30796>

Correcher Mira, J. (2020). La aplicación de la atenuante de análoga significación en supuestos de imputabilidad disminuida: ludopatía, piromanía y cleptomanía. *Revista Electrónica de Ciencia Penal y Criminología*, 22(7), 1-40. <http://criminet.ugr.es/recpc/22/recpc22-07.pdf>

Cromer, L. D., & Goldsmith, R. E. (2010). Socio-cultural issues and child sexual abuse: Child sexual abuse myths: Attitudes, beliefs, and individual differences. *Journal of Child Sexual Abuse*, 19(6), 618-647. <https://doi.org/10.1080/10538712.2010.522493>

De Block, A., & Adriaens, P. R. (2013). Pathologizing Sexual Deviance: A History. *Journal of Sex Research*, 50(3-4), 276-298. <https://doi.org/10.1080/00224499.2012.738259>

Decreto 3096/1973, de 14 de septiembre, por el que se publica el Código Penal, texto refundido conforme a la Ley 44/1971, de 15 de noviembre. *Boletín Oficial del Estado*, 297, de 12 de diciembre de 1973. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1973-1715>

De Vicente Martínez, R. (2021). *Vademécum de Derecho Penal* (6.<sup>a</sup> ed.). Tirant lo Blanch.

Dujo López, V., & Horcajo Gil, P. J. (2017). La psicopatía en la actualidad: Abordaje clínico-legal y repercusiones forenses en el ámbito penal. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 17, 69-88. <https://n9.cl/l777>

Echeburúa, E., & Guerricaechevarría, C. (2021). *Abuso sexual en la infancia. Nuevas perspectivas clínicas y forenses*. Ariel.

Fumagalli, M., Pravettoni, G., & Priori, A. (2015). Pedophilia 30 years after a traumatic brain injury. *Neurological Sciences*, 36(3), 481-482. <https://doi.org/10.1007/s10072-014->

1915-1

- Gannon, T. A. (2021). A compositional explanatory theory of pedophilia. *Aggression and Violent Behavior, 61*(2021), 1-13. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2021.101662>
- Gerwinn, H., Weiß, S., Tenbergen, G., Amelung, T., Födisch, C., Pohl, A., Massau, C., Kneer, J., Mohnke, S., Kärgel, C., Wittfoth, M., Jung, S., Drumkova, K., Schiltz, K., Walter, M., Beier, K. M., Walter, H., Ponseti, J., Schiffer, B., & Kruger, T. H. C. (2018). Clinical characteristics associated with paedophilia and child sex offending – Differentiating sexual preference from offence status. *European Psychiatry, 51*, 74-85. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2018.02.002>
- Giami, A. (2015). Between DSM and ICD: Paraphilias and the Transformation of Sexual Norms. *Archives of Sexual Behavior, 44*(5), 1127-1138. <https://doi.org/10.1007/s10508-015-0549-6>
- Gilbert, F., & Focquaert, F. (2015). Rethinking responsibility in offenders with acquired paedophilia: Punishment or treatment? *International Journal of Law and Psychiatry, 38*(2015), 51-60. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2015.01.007>
- Gómez Lanz, J., & Halty Barrutieta, L. (2016). Impacto del avance de las neurociencias en la imputabilidad jurídico-penal del sujeto psicópata. *Derecho y Salud, 26*, 81-92.
- Grady, M. D., Levenson, J. S., Mesias, G., Kavanagh, S., & Charles, J. L. K. (2019). "I can't talk about that": Stigma and fear as barriers to preventive services for minor-attracted persons. *Stigma and Health, 4*(4), 400-410. <https://doi.org/10.1037/sah0000154>
- Grundmann, D., Krupp, J., Scherner, G., Amelung, T., & Beier, K. M. (2016). Stability of Self-Reported Arousal to Sexual Fantasies Involving Children in a Clinical Sample of Pedophiles and Hebephiles. *Archives of Sexual Behavior, 45*(5), 1153-1162. <https://doi.org/10.1007/s10508-016-0729-z>
- Henshaw, M., Ogloff, J. R. P., & Clough, J. A. (2018). Demographic, mental health, and offending characteristics of online child exploitation material offenders: A comparison with contact-only and dual sexual offenders. *Behavioral Sciences and the Law, 36*(2), 198-215. <https://doi.org/10.1002/bsl.2337>
- Herrero Mejías, Ó. (2018). *Agresores sexuales: teoría, evaluación y tratamiento*. Síntesis.
- Hörburger, T. A., & Habermeyer, E. (2020). Zu den Zusammenhängen zwischen paraphilen Störungen, Persönlichkeitsstörungen und Sexualdelinquenz. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie, 14*(2), 149-157. <https://doi.org/10.1007/s11757-020-00597-x>

- Imhoff, R., Banse, R., & Schmidt, A. F. (2017). Toward a Theoretical Understanding of Sexual Orientation and Sexual Motivation. *Archives of Sexual Behavior*, 46(1), 29-33. <https://doi.org/10.1007/s10508-016-0881-5>
- Jahnke, S. (2018a). Emotions and Cognitions Associated with the Stigma of Non-Offending Pedophilia: A Vignette Experiment. *Archives of Sexual Behavior*, 47(2), 363-373. <https://doi.org/10.1007/s10508-017-1073-7>
- Jahnke, S. (2018b). The Stigma of Pedophilia: Clinical and Forensic Implications. *European Psychologist*, 23(2), 144-153. <https://doi.org/10.1027/1016-9040/a000325>
- Konrad, A., Schlinzig, E., Siegel, S., Kossow, S., & Beier, K. M. (2021). Therapeutic Options. En K. M. Beier (Ed.), *Pedophilia, Hebephilia and Sexual Offending against Children* (pp. 27-42). Springer.
- Krueger, R. B., Reed, G. M., First, M. B., & Marais, A. (2017). Proposals for Paraphilic Disorders in the International Classification of Diseases and Related Health Problems, Eleventh Revision (ICD-11). *Archives of Sexual Behavior*, 46(5), 1529-1545. <https://doi.org/10.1007/s10508-017-0944-2>
- Lasher, M. P., & Stinson, J. D. (2017). 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. <https://doi.org/10.1007/s10508-016-0822-3>
- Levenson, J. S., Willis, G. M., & Vicencio, C. P. (2017). Obstacles to Help-Seeking for Sexual Offenders: Implications for Prevention of Sexual Abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*, 26(2), 99-120. <https://doi.org/10.1080/10538712.2016.1276116>
- Ley Orgánica 10/2022, de 6 de septiembre de 2022, de garantía integral de la libertad sexual. *Boletín Oficial del Estado*, 215, de 7 de septiembre de 2022. <https://www.boe.es/eli/es/lo/2022/09/06/10/con>
- López Sánchez, F. (1994). *Abusos sexuales a menores: lo que recuerdan de mayores*. Ministerio de Asuntos Sociales.
- Lorente Acosta, M. (2021). *Estudio médico-legal de las sentencias por delitos contra la libertad y la indemnidad sexual* [Archivo PDF]. <https://n9.cl/1h0cq>
- Lorenzo García, F., & Agustina, J. R. (2016). Sobre el confuso concepto de psicopatía en la jurisprudencia del Tribunal Supremo español: una revisión crítica ante los nuevos retos del Derecho penal de la peligrosidad. *Política Criminal*, 11(21), 66-103. <https://doi.org/10.4067/S0718-33992016000100004>

- Lorenzo García, F., Agustina, J. R., Gómez-Durán, E. L., & Martín-Fumadó, C. (2016). Trastornos de la personalidad en la jurisprudencia española. *Revista Española de Medicina Legal*, 42(2), 62-66. <https://doi.org/10.1016/j.reml.2015.07.003>
- Malón, A. (2012). Pedophilia: A Diagnosis in Search of a Disorder. *Archives of Sexual Behavior*, 41(5), 1083-1097. <https://doi.org/10.1007/s10508-012-9919-5>
- McManus, M. A., Long, M. L., Alison, L., & Almond, L. (2015). Factors associated with contact child sexual abuse in a sample of indecent image offenders. *Journal of Sexual Aggression*, 21(3), 368-384. <https://doi.org/10.1080/13552600.2014.927009>
- Mir Puig, S. (2008a). Lección 22. Inimputabilidad. La anomalía o alteración psíquica no transitoria. En *Derecho Penal. Parte General* (pp. 561-578). Editorial Reppertor.
- Mir Puig, S. (2008b). Lección 23. Inimputabilidad: trastorno mental transitorio, minoría de edad y alteración de la percepción. En *Derecho Penal. Parte General* (pp. 579-595). Editorial Reppertor.
- Money, J. (1986). *Lovemaps: Clinical concepts of sexual/erotic health and pathology, paraphilia, and gender transposition of childhood, adolescence, and maturity*. Prometheus.
- Moser, C. (2009). When Is an Unusual Sexual Interest a Mental Disorder? *Archives of Sexual Behavior*, 38(3), 323-325. <https://doi.org/10.1007/s10508-008-9436-8>
- Moser, C. (2016). Defining Sexual Orientation. *Archives of Sexual Behavior*, 45(3), 505-508. <https://doi.org/10.1007/s10508-015-0625-y>
- Moser, C. (2019). DSM-5, Paraphilias, and the Paraphilic Disorders: Confusion Reigns. *Archives of Sexual Behavior*, 48(3), 681-689. <https://doi.org/10.1007/s10508-018-1356-7>
- Moser, C., & Kleinplatz, P. J. (2006). El DSM-IV y las Parafilias: Un argumento para su retirada. *Archivos Hispanoamericanos de Sexología*, XII(2), 217-239.
- Moser, C., & Kleinplatz, P. J. (2020). Conceptualization, History, and Future of the Paraphilias. *Annual Review of Clinical Psychology*, 16(1), 81-101. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050718-095548> Copyright
- Münch, R., Walter, H., & Müller, S. (2020). Should Behavior Harmful to Others Be a Sufficient Criterion of Mental Disorders? Conceptual Problems of the Diagnoses of Antisocial Personality Disorder and Pedophilic Disorder. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 1-15. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.558655>

- Nielsen, M. H., Aaskov, L., & Larsen, J. E. (2022). When virtuous paedophiles meet online: A sociological study of a paedophile community. *Sexualities*, 25(5-6), 598-614. <https://doi.org/10.1177/1363460720979306>
- Obregón García, A., & Gómez Lanz, J. (2023a). Tema 6: La imputabilidad. En *Derecho Penal. Parte General: Elementos básicos de teoría del delito* (3.ª ed., pp. 135-164). Tecnos.
- Obregón García, A., & Gómez Lanz, J. (2023b). Tema 7: El dolo. En *Derecho Penal. Parte General: Elementos básicos de teoría del delito* (3.ª ed., pp. 165-183). Tecnos.
- Organización Mundial de la Salud. (2023). *Clasificación Internacional de Enfermedades* (11.ª ed.). Organización Mundial de la Salud. <https://icd.who.int/browse11/l-m/es>
- Pozueco, J. M., Romero, S. L., & Casas, N. (2011). Psicopatía, violencia y criminalidad: un análisis psicológico-forense, psiquiátrico-legal y criminológico (Parte II). *Cuadernos de Medicina Forense*, 17(4), 175-192. <https://n9.cl/ubzq8>
- Real Academia Española. (s. f.). *Anomalía mental o anomalía psíquica*. Diccionario panhispánico del español jurídico. Recuperado 31 de octubre de 2022, de <https://dpej.rae.es/lema/anomalía-mental-o-anomalía-psíquica>
- Requejo Conde, C. (2017). Tratamiento de la psicopatía en la jurisprudencia penal española. El camino hacia un nuevo enfoque de la imputabilidad penal. *Revista General de Derecho Penal*, 27, 1-44. [https://www.iustel.com/v2/revistas/detalle\\_revista.asp?id\\_noticia=418559&popup=](https://www.iustel.com/v2/revistas/detalle_revista.asp?id_noticia=418559&popup=)
- Rice, M. E., Harris, G. T., Lang, C., & Chaplin, T. C. (2008). Sexual Preferences and Recidivism of Sex Offenders With Mental Retardation. *Sexual Abuse: Journal of Research and Treatment*, 20(4), 409-425. <https://doi.org/10.1177/1079063208324662>
- Sánchez Vilanova, M. (2019). Nuevas perspectivas en el tratamiento jurisprudencial de la cleptomanía. *Revista de Derecho Penal y Criminología*, 22(2019), 159-180. <https://doi.org/10.5944/rdpc.22.2019.27480>
- Save the Children España. (2017). *Ojos que no quieren ver* [Archivo PDF]. [https://www.savethechildren.es/sites/default/files/imce/docs/ojos\\_que\\_no\\_quieren\\_ver\\_27092017.pdf](https://www.savethechildren.es/sites/default/files/imce/docs/ojos_que_no_quieren_ver_27092017.pdf)
- Save the Children España. (2021). *Los abusos sexuales hacia la infancia en España* [Archivo PDF]. [https://www.savethechildren.es/sites/default/files/2021-11/Los\\_abusos\\_sexuales\\_hacia\\_la\\_infancia\\_en\\_ESP.pdf](https://www.savethechildren.es/sites/default/files/2021-11/Los_abusos_sexuales_hacia_la_infancia_en_ESP.pdf)

- Scarpazza, C., Finos, L., Genon, S., Masiero, L., Bortolato, E., Cavaliere, C., Pezzaioli, J., Monaro, M., Navarin, N., Battaglia, U., Pietrini, P., Ferracuti, S., Sartori, G., & Camperio Ciani, A. S. (2021). Idiopathic and acquired pedophilia as two distinct disorders: an insight from neuroimaging. *Brain Imaging and Behavior, 15*(5), 2681-2692. <https://doi.org/10.1007/s11682-020-00442-z>
- Schippers, E. E., Smid, W. J., Hoogsteder, L. M., Planting, C. H. M., & de Vogel, V. (2023). Pedophilia is associated with lower sexual interest in adults: Meta-analyses and a systematic review with men who had sexually offended against children. *Aggression and Violent Behavior, 69*(1), 1-21. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2022.101813>
- Schmidt, A. F., & Imhoff, R. (2021). Towards a Theory of Chronophilic Sexual Orientation in Heterosexual Men. En L. A. Craig & R. M. Bartels (Eds.), *Sexual Deviance: Understanding and managing deviant sexual interest and paraphilic disorders* (pp. 41-52). Wiley-Blackwell. <https://doi.org/10.1002/9781119771401.ch3>
- Seto, M. C. (2009). Pedophilia. *Annual Review of Clinical Psychology, 5*(1), 391-407. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.032408.153618>
- Seto, M. C. (2011). Is Pedophilia a Sexual Orientation? *Archives of Sexual Behavior, 41*(1), 231-236. <https://doi.org/10.1007/s10508-011-9882-6>
- Seto, M. C. (2017). The Puzzle of Male Chronophilias. *Archives of Sexual Behavior, 46*(1), 3-22. <https://doi.org/10.1007/s10508-016-0799-y>
- Seto, M. C. (2018). *Pedophilia and sexual offending against children: theory, assessment, and intervention* (2.<sup>a</sup> ed.). American Psychological Association.
- Seto, M. C., & Eke, A. W. (2015). Predicting Recidivism among Adult Male Child Pornography Offenders: Development of the Child Pornography Offender Risk Tool (CPORT). *Law and Human Behavior, 39*(4), 416-429. <https://doi.org/10.1037/lhb0000128>
- Seto, M. C., Stephens, S., Lalumière, M. L., & Cantor, J. M. (2017). The Revised Screening Scale for Pedophilic Interests (SSPI-2): Development and Criterion-Related Validation. *Sexual Abuse: Journal of Research and Treatment, 29*(7), 619-635. <https://doi.org/10.1177/1079063215612444>
- Stevens, E., & Wood, J. (2019). "I Despise Myself for Thinking about Them." A Thematic Analysis of the Mental Health Implications and Employed Coping Mechanisms of Self-Reported Non-Offending Minor Attracted Persons. *Journal of Child Sexual Abuse, 28*(8), 968-989. <https://doi.org/10.1080/10538712.2019.1657539>



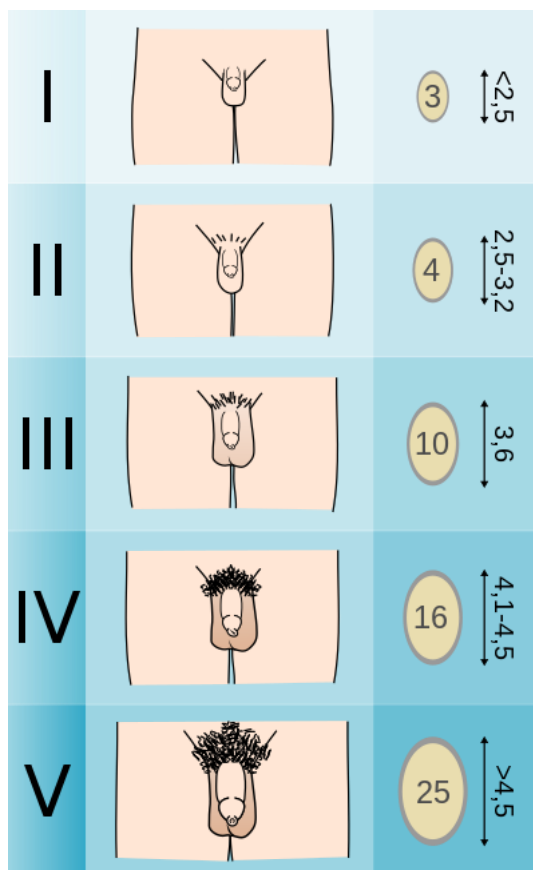
- Tanner, J. M. (1990). *Fetus into Man: Physical Growth from Conception to Maturity, Revised Edition* (2.<sup>a</sup> ed.). Harvard University Press.
- Tenbergen, G., Wittfoth, M., Frieling, H., Ponseti, J., Walter, M., Walter, H., Beier, K. M., Schiffer, B., & Kruger, T. H. C. (2015). The neurobiology and psychology of pedophilia: Recent advances and challenges. *Frontiers in Human Neuroscience*, 9, 1-20. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2015.00344>
- The jamovi project. (2022). *Jamovi*. (Version 2.3) [Software]. <https://www.jamovi.org>
- Walker, A. (2021). *A Long, Dark Shadow. Minor-Attracted People and Their Pursuit of Dignity*. University of California Press.

## ANEXOS

## ANEXO I: Estadios de la escala de maduración sexual de Tanner (1990)

Figura 1

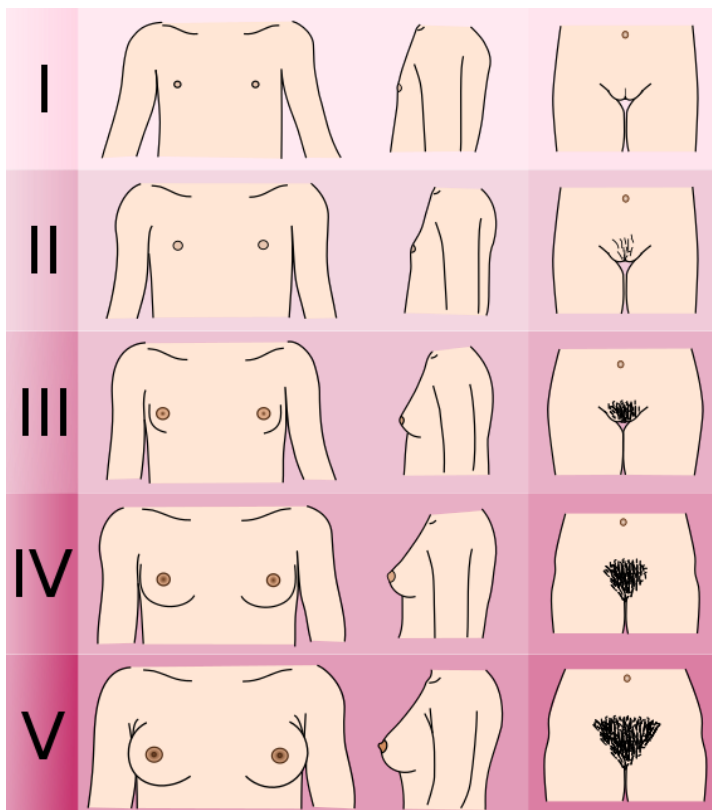
*Estadios de la escala de maduración sexual de Tanner (1990) en hombres*



Nota. Adaptado de *Tanner scale-male.svg*, de M. Komorniczak, 2009, Wikipedia ([https://es.wikipedia.org/wiki/Escala\\_de\\_Tanner](https://es.wikipedia.org/wiki/Escala_de_Tanner)). CC BY-SA 3.0.

**Figura 2**

*Estadios de la escala de maduración sexual de Tanner (1990) en mujeres*



*Nota.* Adaptado de *Tanner scale-female.svg*, de M. Komorniczak, 2009, Wikipedia ([https://es.wikipedia.org/wiki/Escala\\_de\\_Tanner](https://es.wikipedia.org/wiki/Escala_de_Tanner)). CC BY-SA 3.0.

**ANEXO II: Sentencias analizadas**

1. Audiencia Provincial de Almería. Sección Segunda. Sentencia N° 235/2001, de 5 de julio. (ECLI:ES:APAL:2001:917).
2. Audiencia Provincial de Barcelona. Sección Tercera, de 9 de marzo. (ECLI:ES:APB:1998:2688)<sup>14</sup>.
3. Tribunal Supremo. Sala de lo Penal. Sentencia N° 1065/2019, de 28 de noviembre. (ECLI:ES:TS:2019:13122A).
- 3 bis. Audiencia Provincial de Barcelona. Sección Sexta. Sentencia N° 719/2018, de 8 de noviembre. (ECLI:ES:APB:2018:13191).
4. Tribunal Supremo. Sala de lo Penal. Sentencia N° 1057/1999, de 26 de junio. (ECLI:ES:TS:1999:4648).
- 4 bis. Audiencia Provincial de Cáceres. Sección Segunda. Sentencia N° 1/1998, de 10 de febrero. (ECLI:ES:APCC:1998:156).
5. Audiencia Provincial de Cáceres. Sección Segunda. Sentencia N° 127/2006, de 4 de octubre. (ECLI:ES:APCC:2006:727).
6. Audiencia Provincial de Islas Baleares. Sección Segunda. Sentencia N° 28/2001, de 30 de marzo. (ECLI:ES:APIB:2001:959).
7. Audiencia Provincial de León. Sección Tercera. Sentencia N° 536/2019, de 29 de noviembre. (ECLI:ES:APLE:2019:1428).
8. Audiencia Provincial de Madrid. Sección Tercera. Sentencia N° 349/1999, de 23 de septiembre. (ECLI:ES:APM:1999:11993).
9. Audiencia Provincial de Madrid. Sección Decimoséptima. Sentencia N° 784/2006, de 5 de octubre. (ECLI:ES:APM:2006:7111).
10. Audiencia Provincial de Málaga. Sección Segunda. Sentencia N° 289/2004, de 7 de mayo. (ECLI:ES:APMA:2004:2237).
11. Audiencia Provincial de Navarra. Sección Primera. Sentencia N° 136/2016, de 17 de junio. (ECLI:ES:APNA:2016:320).

---

<sup>14</sup> El número de sentencia no se encuentra disponible en ninguna base de datos en el momento de realizar la investigación.

12. Audiencia Provincial de Ourense. Sección Segunda. Sentencia Nº 11/2003, de 29 de diciembre. (ECLI:ES:APOU:2003:1083).
13. Audiencia Provincial de Santander. Sección Tercera. Sentencia Nº 5/2005, de 29 de junio. (ECLI:ES:APS:2005:2138).
14. Tribunal Supremo. Sala de lo Penal. Sentencia Nº 768/2004, de 18 de junio. (ECLI:ES:TS:2004:4247).
- 14 bis. Audiencia Provincial de Segovia. Sección Única. Sentencia Nº 2/2003, de 10 de febrero. (ECLI:ES:APSG:2003:14).
15. Audiencia Provincial de Valencia. Sección Segunda. Sentencia Nº 17/2013, de 26 de diciembre. (ECLI:ES:APV:2012:5850).
16. Tribunal Supremo. Sala de lo Penal. Sentencia Nº 119/1997, de 28 de enero. (ECLI:ES:TS:1997:480).
17. Tribunal Supremo. Sala de lo Penal. Sentencia Nº 971/1999, de 9 de junio. (ECLI:ES:TS:1999:4078).
18. Tribunal Supremo. Sala de lo Penal. Sentencia Nº 1958/2013, de 17 de octubre. (ECLI:ES:TS:2013:9863A).
- 18 bis. Audiencia Provincial de Almería. Sección Primera. Sentencia Nº 397/2012, de 12 de diciembre. (ECLI:ES:APAL:2012:1818).
19. Tribunal Supremo. Sala de lo Penal. Sentencia Nº 151/2019, de 21 de marzo. (ECLI:ES:TS:2019:1356).
- 19 bis. Audiencia Provincial de Barcelona. Sección Novena. Sentencia Nº 949/2017, de 22 de diciembre. (ECLI:ES:APB:2017:14650).
20. Tribunal Supremo. Sala de lo Penal. Sentencia Nº 648/2021, de 19 de julio. (ECLI:ES:TS:2021:3201).
21. Tribunal Supremo. Sala de lo Penal. Sentencia Nº 20/2021, de 18 de enero. (ECLI:ES:TS:2021:8).
22. Tribunal Superior de Justicia de la Comunidad Valenciana. Sala de lo Civil y Penal. Sección de Apelaciones Penales. Sentencia Nº 318/2021, de 22 de noviembre. (ECLI:ES:TSJCV:2021:7078).
- 22 bis. Audiencia Provincial de Alicante. Sección Décima. Sentencia Nº 307/2021, de 22 de septiembre. (ECLI:ES:APA:2021:3207).

23. Audiencia Provincial de Barcelona. Sección Séptima. Sentencia N° 712/2013, de 15 de julio. (ECLI:ES:APB:2013:8122).
24. Audiencia Provincial de Madrid. Sección Cuarta. Sentencia N° 40/2015, de 29 de enero. (ECLI:ES:APM:2015:18798).
25. Audiencia Provincial de Madrid. Sección Trigésima. Sentencia N° 615/2016, de 23 de septiembre. (ECLI:ES:APM:2016:12110).
26. Audiencia Provincial de Madrid. Sección Decimoséptima. Sentencia N° 234/2016, de 6 de mayo. (ECLI:ES:APM:2016:5542).
27. Audiencia Provincial de Sevilla. Sección Séptima. Sentencia N° 85/2009, de 16 de diciembre. (ECLI:ES:APSE:2009:3921).
28. Tribunal Supremo. Sala de lo Penal. Sentencia N° 1098/2010, de 13 de diciembre. (ECLI:ES:TS:2010:7065).
29. Tribunal Supremo. Sala de lo Penal. Sentencia N° 144/1995, de 8 de febrero<sup>15</sup>.

---

<sup>15</sup> Esta sentencia no tiene ECLI, al no estar incluida en la base de datos del CENDOJ en el momento de realizar este trabajo. Sin embargo, puede accederse a su contenido a través de la base de datos de Aranzadi Instituciones, introduciendo el siguiente texto de búsqueda en el apartado de Jurisprudencia: RJ\1995\712.

### ANEXO III: Variables empleadas en la codificación de las sentencias

---

<b>1_Número_de_sentencia</b>	Escribir número de la sentencia
<b>2_Número_de_recurso</b>	Escribir número del recurso
<b>3_Órgano_Jurisdiccional</b>	Escribir el órgano jurisdiccional que emite la sentencia
<b>4_Fecha_de_la_sentencia</b>	Escribir la fecha de la sentencia
<b>5_Sexo_del_sujeto</b>	1: Hombre; 2: Mujer
<b>6_Edad_del_sujeto</b>	Escribir edad del sujeto
<b>7_Abuso_sexual</b>	1: Sí; 0: No
<b>8_Abuso_sexual_continuado</b>	1: Sí; 0: No
<b>9_Abuso_sexual_en_grado_de_tentativa</b>	1: Sí; 0: No
<b>10_Agresión_sexual</b>	1: Sí; 0: No
<b>11_Agresión_sexual_en_grado_de_tentativa</b>	1: Sí; 0: No
<b>12_Captación_de_menores_con_fines_pornográficos</b>	1: Sí; 0: No
<b>13_Utilización_de_menores_con_fines_pornográficos</b>	1: Sí; 0: No
<b>14_Posesión_de_pornografía_infantil</b>	1: Sí; 0: No
<b>15_Difusión_de_pornografía_infantil</b>	1: Sí; 0: No
<b>16_Provocación_sexual_de_menores</b>	1: Sí; 0: No
<b>17_Prostitución_de_menores</b>	1: Sí; 0: No
<b>18_Exhibicionismo</b>	1: Sí; 0: No
<b>19_Agresión_sexual_de_menores_CP</b>	1: Sí; 0: No
<b>20_Pornografía_infantil_CP</b>	1: Sí; 0: No

<b>21_Otros_delitos</b>	1: Sí; 0: No
<b>22_Escribir_otros_delitos</b>	Especificar por qué otros delitos ha sido condenado en la sentencia
<b>23_Otros_trastornos</b>	1: Sí; 0: No
<b>24_Otras_parafilias</b>	1: Sí; 0: No
<b>25_Trastornos_de_personalidad</b>	1: Sí; 0: No
<b>26_Trastornos_por_consumo_de_sustancias</b>	1: Sí; 0: No
<b>27_Trastornos_del_estado_de_ánimo</b>	1: Sí; 0: No
<b>28_Trastornos_adaptativos</b>	1: Sí; 0: No
<b>29_Trastornos_orgánicos</b>	1: Sí; 0: No
<b>30_Capacidad_intelectual_límite</b>	1: Sí; 0: No
<b>31_Trastornos_psicóticos</b>	1: Sí; 0: No
<b>32_Escribir_otros_trastornos</b>	Especificar qué otros trastornos han sido diagnosticados
<b>33_Capacidad_cognitiva</b>	1: Conservada; 2: Afectación leve; 3: Afectación moderada; 4: Afectación grave; 5: Afectada, pero sin concretar el grado; 99: Sin información
<b>34_Capacidad_volitiva</b>	1: Conservada; 2: Afectación leve; 3: Afectación moderada; 4: Afectación grave; 5: Afectada, pero sin concretar el grado; 99: Sin información
<b>35_Argumentos_judiciales</b>	Escribir los argumentos judiciales sobre la afectación a las capacidades cognitivas y volitivas
<b>36_Circunstancia_modificativa</b>	1: Atenuante por analogía a la anomalía o alteración psíquica; 2: Eximente; 3: Eximente incompleta
<b>37_Sexo_de_las_víctimas</b>	1: Hombre; 2: Mujer; 3: Ambos
<b>38_Exclusividad</b>	1: Pedofilia exclusiva; 2: Pedofilia no exclusiva; 99: Sin información
<b>39_Agresor_dual</b>	1: Sí; 0: No; 99: Sin información
<b>40_Intrafamiliar</b>	1: Sí; 0: No; 99: Sin información



**41\_Relación\_con\_la\_víctima**

1: Desconocido; 2: Conocido; 3: Amigo de familiar; 4: Familiar; 5: Relación profesional (especificar); 6: Otro (especificar); 99: no disponible

**42\_Resumen\_del\_caso**

Escribir hechos probados

**43\_Alusión\_a\_sentencias\_previas\_o\_a\_estudios\_concretos**

---

**ANEXO IV. Referencias de Jurisprudencia**

Audiencia Provincial de Álava. Sección Segunda. Sentencia N° 263/2013, de 16 de julio.  
(ECLI:ES:APVI:2013:806).

Audiencia Provincial de Madrid. Sección Trigésima. Sentencia N° 228/2012, de 8 de junio.  
(ECLI:ES:APM:2012:8695).

Tribunal Superior de Justicia de Extremadura. Sala de lo Civil y Penal. Sentencia N° 20/2020, de 12 de junio. (ECLI:ES:TSJEXT:2020:559).

Tribunal Supremo. Sala de lo Penal. Sentencia N° 4221/1991, de 16 de julio.  
(ECLI:ES:TS:1991:4221).

Tribunal Supremo. Sala de lo Penal. Sentencia N° 1283/1997, de 24 de octubre.  
(ECLI:ES:TS:1997:6341).

Tribunal Supremo. Sala de lo Penal. Sentencia N° 304/2010, de 29 de marzo.  
(ECLI:ES:TS:2010:1974).

Tribunal Supremo. Sala de lo Penal. Sentencia N° 478/2019, de 14 de octubre.  
(ECLI:ES:TS:2019:3397).

Tribunal Supremo. Sala de lo Penal. Sentencia N° 558/2020, de 2 de julio.  
(ECLI:ES:TS:2020:6046A).