

Artículo de Revisión

Una breve visión de revisiones bibliográficas sobre la pedofilia

David Heredia Delgado

Asociación Canaria contra el Maltrato Infantil

Resumen

Este artículo tiene como objetivo realizar una revisión de revisiones bibliográficas sobre la pedofilia desde finales del siglo XX hasta la primer década del siglo XXI.

La pedofilia y la pederastia son dos términos muy similares que conllevan significados muy distintos. Se reserva el término pedofilia para aquellas personas que padecen y tienen diagnosticado un trastorno mental tipificado en el DSM-V mientras que el término pederastia se reserva para aquellas personas que son agresores sexuales infantiles.

No podemos establecer un único perfil del pederasta porque son muchos los factores que intervienen. Sin embargo, podemos establecer de forma general dos: el agresor fijado o exclusivo según el DSM-V y el agresor regresivo cuya orientación sexual primaria es hacia parejas de su edad y su contacto sexual con el niño y/o la niña coexisten con los adultos.

Las consecuencias de ser víctima de una agresión sexual son devastadoras para el desarrollo evolutivo normal del niño y de la niña. Además, se producen consecuencias psicológicas muy traumatizantes que necesitan atención por parte de profesionales de la salud, existiendo factores que actúan como amortiguantes para un buen pronóstico.

Existen evidencias científicas de tipo neuroanatómicas y de tipo neuronal que se relacionan con el trastorno de la pedofilia.

Se concluye que el trastorno de la pedofilia se relaciona con diversos factores medioambientales que tienen una base neurofisiológica en la activación de determinadas redes neuronales.

En todo caso, el pedófilo es responsable penalmente de sus actos.

Abstract

This article aims to carry out a review of bibliographic reviews on pedophilia from the end of the 20th century to the first decade of the 21st century.

Pedophilia and pedophilia are two very similar terms that carry very different meanings. The term pedophilia is reserved for those who suffer from and are diagnosed with a mental disorder typified in the DSM-V, while the term pedophilia is reserved for those who are child sex offenders.

We cannot establish a single profile of the pedophile because there are many factors that intervene. However, we can generally establish two: the fixed or exclusive aggressor according to the DSM-V and the regressive aggressor whose primary sexual orientation is towards couples of their age and their sexual contact with the boy and / or girl coexists with adults.

The consequences of being the victim of a sexual assault are devastating for the normal developmental development of the boy and girl. In addition, there are very traumatizing psychological consequences that need attention from health professionals, there are factors that act as buffers for a good prognosis.

There is scientific evidence of a neuroanatomical and neuronal type that is related to the disorder of pedophilia.

It is concluded that the pedophilia disorder is related to various environmental factors that have a neurophysiological basis in the activation of certain neural networks. In any case, the pedophile is criminally responsible for his actions.

Introducción

El término pedofilia proviene de dos vocablos griegos “Paidós” que significa niño o muchacho y filia que significa “amistad”, “amor” o “afinidad”. Este término fue acuñado en 1890 por Richard von Krafft-Ebing en su obra *Psychopathia Sexualis* (1886).

El objetivo de esta obra era que sirviera como análisis forense y legal de las desviaciones o alteraciones sexuales, describiendo las distintas preferencias sexuales y modelos patológicos. Aunque los términos pedofilia y pederastia parecen iguales en designar una misma acción, tienen connotaciones muy distintas.

La palabra pederasta, etimológicamente proviene de dos vocablos griegos de “Paidós” y de “Erastés” que significa deseo, erotismo.

La principal diferencia entre los dos términos es que la pedofilia es una atracción anímica hacia menores de edad mientras que la pederastia hace referencia a la acción de tener relaciones sexuales con jóvenes.

Desde la antigua Grecia y en Roma existían relaciones homosexuales y sexuales entre adultos y menores. El concepto que tenían ambas civilizaciones de este tipo de relaciones sexuales no eran el mismo que tenemos en la actualidad.

En Grecia, era “normal” que el docente (pedagogo) sirviera de guía a su alumno en alcanzar el conocimiento de la naturaleza y hasta inclusive que tuvieran relaciones sexuales como parte de la intimidad en su guía a la madurez y a la obtención del conocimiento y de la verdad. Podemos pensar que la homosexualidad masculina en la Grecia clásica estaba institucionalizada para fomentar ciudadanos guerreros que cumplieran un papel pedagógico y cívico.

Recordar la enseñanza espartana, a partir de los siete años de edad el varón era presentado en el pórtico ante una comisión de ancianos para ver su robustez y su belleza. Luego pasaban a la Agogé, escuela de obediencia, donde se le asignaba un varón mayor, el Erastés, que lo tomaba como su protegido convirtiéndolo en su erómeno, en su amante adolescente.

Lo mismo pasaba en la Roma clásica, aunque era de muy mal ver que la relación fuera forzada. Podemos establecer como primera ley que regulaba los comportamientos sexuales en la Lex Scantinia en el año 149 a. C. durante la República. Esta ley regulaba el comportamiento sexual, incluida la pederastia, el adulterio y la práctica pasiva de la homosexualidad.

Así, el código samurai mediante el “ Shudo “ , camino del joven al hombre, comprendía un período de los 10 a los 13 años para que los futuros guerreros fueran valerosos, rudos y fieles a su mentor (nenja) y su pupilo (Wakashü) fuera un guerrero ejemplar cuya amistad con el mentor o profesor durase más allá del período de instrucción de unos tres años. Esta práctica abusiva se basaba en la falsa creencia para que el preadolescente no se afeminara en sus primeras relaciones con mujeres **(1)**.

Afortunadamente, hoy en día este tipo de prácticas están condenadas y repudiadas en nuestra sociedad. Los valores de una sociedad se deben preservar de estas barbaries inconcebibles. La sociedad debe ser diversa e igualitaria, tolerante con la diversidad y al mismo tiempo salvaguardar los derechos fundamentales de las personas **(2)**.

Diagnóstico de la Pedofilia según el DSM-5

Aunque los términos de pedofilia y pederasta están relacionados clínicamente solamente se emplea el de pedofilia y hebefilia (menores de más de doce años).

Hay diferencias entre el DSM-4-TR y el nuevo manual de diagnóstico DSM-5. Podemos citar como diferencias más relevantes respecto a la anterior edición las siguientes:

- Se da una nueva denominación al trastorno en el DSM-V (trastorno pedohebefílico).
- Se da una nueva denominación al trastorno en el DSM-V (trastorno pedohebefílico).
- El criterio de “significación clínica” es optativo (no es un criterio necesario, por lo que se puede realizar el diagnóstico sin presentar malestar clínico) en la clasificación DSMV.
- Presencia de nuevos “signos y síntomas” en la clasificación DSM-V (como haber buscado estimulación sexual de 2 o 3 niños según sus edades y uso repetido de pornografía infantil).

- Se amplía la edad de la persona que lo padece en el DSM-V, poniendo en 18 años la edad mínima (16 en el caso de la clasificación DSM-IV-TR).
- En la clasificación DSM-V hay una distinción de diferentes tipos del trastorno, en función de la edad de los niños por los que muestra excitación (pedófilo-hebéfilo).
- No se incluye especificación sobre si está limitado, o no, al incesto en la clasificación DSM-V.
- Se amplía el rango de edad de los niños por los que la persona que padece el trastorno muestra excitación, llegando hasta los 14 años en los criterios DSM-V (siendo este rango de 12-13 años como máximo en la clasificación DSM-IV-TR).
- La clasificación DSM-IV-TR recoge si la excitación sexual en estas personas se muestra solo hacia niños o adultos y niños hacia adultos y niños.
- El DSM-V recoge especificaciones sobre si la persona que sufre el trastorno está en “remisión” o se encuentra en un “entorno controlado”.

Las semejanzas entre ambas ediciones son:

- Las fantasías, impulsos o comportamientos sexuales deben estar presentes durante al menos un período de 6 meses en las dos clasificaciones.
- En ambas clasificaciones se incluye la especificación sobre si la atracción es hacia varones, mujeres o ambos sexos.
- La diferencia de edad, entre la persona que muestra atracción sexual por menores y los niños por los que se siente atraído, debe ser por lo menos de 5 años en ambos sistemas.

El diagnóstico del **Trastorno Pedohebefílico** queda en el **DSM-5** de la siguiente forma:

A. Durante un período de al menos seis meses, presentar uno o ambos de los siguientes criterios, manifestados por fantasías, impulsos o comportamientos:

1. Excitación sexual intensa y recurrente con niños prepúberes o púberes.
2. Excitación igual o mayor con niños que con individuos físicamente maduros.

B. Presentar uno o más de los siguientes signos o síntomas:

1. Malestar clínicamente significativo o deterioro en áreas importantes del funcionamiento como consecuencia de la atracción sexual hacia los niños.

2. La persona ha buscado la estimulación sexual, en distintas ocasiones, de:

a. Dos o más niños diferentes, si ambos no están en la pubertad.

b. Tres o más niños diferentes, si uno o más están en la pubertad.

3. Uso repetido y mayor excitación, durante al menos seis meses, con pornografía que representa a niños prepúberes o púberes que con pornografía que representa a personas físicamente maduras.

C. La persona ha de tener por lo menos 18 años de edad y ser al menos cinco años mayor que los niños a los que hace referencia los criterios A y B.

Especificar si:

– Tipo pedófilo: si la atracción sexual es hacia niños prepúberes (generalmente menores de 11 años).

– Tipo hebéfilo: si la atracción sexual por niños púberes (generalmente de 11 a 14 años de edad).

– Tipo pedohebefílico: atracción sexual por ambos.

Especificar si:

– Con atracción sexual por los varones.

– Con atracción sexual por las mujeres.

– Con atracción sexual por ambos.

Especificar si:

– Está en remisión (sin sufrimiento, deterioro, o comportamiento recurrente y en un entorno no controlado). Se debe especificar la duración del estado de la remisión en meses.

– Está en un entorno controlado.

Perfil del Pedófilo

La persona que presenta el trastorno pedohebfilico puede presentar una gran variedad de comportamientos y actos sexuales ante menores de edad: exhibicionismo, voyeurismo, caricias, frotar los genitales contra un niño o niña, masturbación en presencia de éstos, sexo oral y penetración anal o vaginal.

Hay diferentes estudios que muestran las tipologías de pedófilos y sus características psicológicas que pueden ser muy diversas. Según su inclinación sexual pueden ser: primarios y situacionales. Y según sus características psicológicas pueden ser: ansiosos-resistentes, evitadores-temerosos y evitadores-desvalorizadores **(3)**.

Debido a los pocos estudios realizados en este campo y debido a la gran variabilidad de los perfiles que pueden presentar los pedófilos: unos son violentos y otros no, no son iguales en sus preferencias, no todos comienzan con la misma edad de inicio y no todos emplean la misma estrategia (seductores, manipuladores y violentos). No podemos concluir que exista un determinado perfil psicológico que defina a todos los pedófilos.

Sin embargo, el Dr. Juan Antonio Becerra-García en su artículo ¿ Existe un perfil característico de psicopatología de personalidad en pedofilia?, publicado en la revista iberoamericana de psicosomática en el año 2013, realiza un estudio de revisión bibliográfica de los trabajos de la primera década del siglo XXI sobre la patología de la personalidad que comparten los pedófilos diagnosticados o que han cometido delitos sexuales.

En **los estudios dimensionales de la personalidad** empleando el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI), los pedófilos muestran mayores puntuaciones en la Escala de Incoherencia, en la escala de desviación psicopática, escala de paranoia y en la escala de esquizofrenia y obsesividad.

Estas personas presentan unas características patológicas de estrategias de afrontamiento con un predominio del uso de la disociación, la negación, el desplazamiento, las fantasías autísticas, la escisión o división del objeto, el comportamiento impulsivo o “acting out”, la agresión pasiva o comportamiento pasivo-agresivo. Utilizando en menor medida la racionalización y la intelectualización.

Utilizando el Inventario Multifásico de Sexualidad (MSI), se encontró que los pedófilos presentan mayores signos de obsesión y disfunción sexual que los grupos de controles.

En cuanto, a los pedófilos delincuentes que habían sido victimizados durante su infancia presentaban mayores niveles de hostilidad, disfunción sexual (obsesiones sexuales, distorsiones cognitivas sobre la sexualidad de los niños y mayor número de agresiones sexuales a niños), malestar personal y una empatía menor hacia las víctimas que aquellos pedófilos que no habían sufrido abusos o agresiones sexuales durante su infancia **(4)**.

Los estudios basados en rasgos psicopáticos y niveles de violencia que estudian la relación entre la psicopatía y el tipo de delito (delitos extrafamiliares y familiares, cometidos con niños de este y distinto sexo), hallan que los delincuentes que emplearon violencia mostraban mayores niveles de psicopatía que aquellos que no emplearon violencia física. Al mismo tiempo, los pedófilos no violentos en comparación con delincuentes psicópatas no sexuales presentan menores niveles de violencia.

En otras investigaciones, al comparar delincuentes pedófilos con otros grupos de delincuentes violentos y no violentos, los pedófilos muestran mayores niveles de neuroticismo mientras que los delincuentes no sexuales violentos obtienen puntuaciones más altas en extraversión e impulsividad.

Otros investigadores tratan de relacionar los trastornos de personalidad utilizando **"Evaluación de los trastornos de la personalidad del DSM-IV"** ADP-IV con los criterios de diagnóstico del DSM y han encontrado que los pedófilos destacan por su trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo comparados con otros delincuentes sexuales **(5)**.

Por último, cabe destacar los trabajos que emplean el Inventario Clínico Multiaxial de Millon II (MCMMI-II) donde los pedófilos diagnosticados presentan mayores puntuaciones en las escalas Evitativa, Autodestructiva, Pasivo-Agresiva, Antisocial, también en las escalas del grupo A y en las escalas de Trastornos de Pensamiento y Trastorno Delirante.

Utilizando la prueba del Cuestionario de Evaluación Dimensional del Deterioro de Personalidad (DAPI-Q), los pedófilos muestran un mayor deterioro en la regulación de su autofuncionamiento (autoestima, asertividad, inhibición), de su funcionamiento interpersonal y social (dependencia, empatía, actitud y conducta social), de sus cogniciones (pruebas de realidad y gestión de la información emocional) y sus acciones (control de impulsos y tener iniciativa).

Cabe resaltar los trabajos que postulan las alteraciones neurológicas de los pedófilos radican en las áreas temporales y frontales **(6)**.

En conclusiones, podemos resaltar atendiendo a la revisión bibliográfica estudiada por el Dr. Juan Antonio Becerra- García **(4)** que los pedófilos muestran unos rasgos de personalidad obsesivos característicos del trastorno obsesivo/compulsivo y de los trastornos de personalidad incluidos en el grupo C (sujetos ansiosos y temerosos) y del grupo B (antisocial, límite, histriónico y narcisista).

No podemos establecer que exista un único perfil de pedófilo debido a la variabilidad que existe entre pedófilos y los pocos estudios que se han realizado sobre la pedofilia y el elevado número de variables que existen.

Sin embargo, podemos establecer algunos rasgos de personalidad característicos en el grupo de pedófilos:

- De inicio temprano o tardío.
- Violentos y no violentos.
- Intereses sexuales desviados.
- Soledad emocional.

- Altos niveles de distorsiones cognitivas en relación con los niños y niñas en el concepto sexual.
- Baja autoestima.
- Dificultad para las interacciones interpersonales maduras y apropiadas a su edad.
- Estilos de afrontamiento inmaduros.
- Baja asertividad.
- Elevados niveles pasivo-agresivos, de ira y hostilidad.
- Predominio de la dimensión del neuroticismo.
- Trastorno de la personalidad obsesivo/compulsivo.
- Historia de maltrato físico, sexual, emocional, abandono, negligencia o sobreprotección, apego inseguro. Estos pedófilos victimizados en la infancia presentan niveles más altos de hostilidad y mayor presencia de obsesiones sexuales y mayor número de distorsiones cognitivas y nivel de hostilidad.

Existen estudios, cuyos resultados no son concluyentes y contradictorios con otros estudios en el dominio de rasgos de personalidad de la impulsividad. Unos autores como van Wijk et al. (2005), no aprecian este rasgo como característico de los pedófilos, estando en consonancia con la premeditación que se produce en la mayoría de los delitos sexuales cometidos contra la infancia. Entre el 70% al 85% de los delitos sexuales contra la infancia son premeditados, lo que parece estar en consonancia con estos estudios. Estando en contradicción con los estudios realizados por Cohen et al. (2002) que si hallan alteraciones en la impulsividad y una alta prevalencia de trastornos de control de impulsos en el eje I (5).

Podemos establecer, siguiendo a Groth (1978) a dos tipologías de agresores sexuales:

- **Agresor fijado** o exclusivo según el DSM-V: La principal característica de estos sujetos es que su orientación sexual primaria es hacia los niños, es persistente y compulsiva, y mantienen muy poco contacto o nulo sexual con parejas de su edad.
- **Agresor regresivo:** Su orientación sexual primaria es hacia parejas de su edad, suele ser evidente una situación de estrés el precipitante y el contacto sexual con el niño o la niña coexisten con el adultos.

Por consiguiente, podemos establecer que las alteraciones halladas en las variables de personalidad y los trastornos de personalidad muestran que se trata de un campo de estudio que necesita ser investigado mediante un mayor número de trabajos que traten las variables objeto de estudio y las variables que necesitan ser controladas para poder reconocer las variables que son específicas de este grupo de personas que presentan el diagnóstico de pedofilia [302.2 (F65.4)].

Consecuencias de ser víctima de Agresión Sexual

Siguiendo el modelo Traumatogénico de (Finkelhor, 1997), las variables del impacto psicológico en las víctimas de abuso sexual son: sexualización traumática, pérdida de confianza, indefensión y estigmatización. Estas variables constituyen la principal fuente del trauma al distorsionar el autoconcepto, la visión del mundo y las capacidades afectivas de la víctima. Por lo que generan un estilo de afrontamiento inadecuado en el niño o la niña con el consiguiente surgimiento de problemas de conductas (7).

Las variables del impacto psicológico en las víctimas se refieren.

- Sexualidad Traumática: Se produce una interferencia del abuso sexual en el desarrollo normal sexual del menor, sea niño o niña. Se realiza un aprendizaje a usar determinadas conductas sexuales como estrategia para obtener beneficios o manipular a los demás. Adquiriendo aprendizajes deformados de la importancia y significado de determinadas conductas sexuales. Al mismo tiempo, se forman concepciones erróneas sobre la sexualidad y la moral.

- Pérdida de Confianza: Puede centrarse en el agresor o generalizarse a las relaciones con la familia por no haber librado a la víctima de sus experiencias e incluso se pueden trasladar a otras personas.

- La Estigmatización: Es sentida como culpa, vergüenza y pérdida de valores. Formándose una autoimagen con connotaciones negativas.

- Sentimiento de indefensión: La víctima no sabe responder adecuadamente ante las situaciones. Se produce una pérdida de autocontrol y de reacción ante lo que le sucede. Esta circunstancia va creando una sensación de impotencia y de temor de lo que le puede deparar en el futuro. Provocando actitudes pasivas, de retraimiento y poco asertivas.

Las consecuencias del abuso sexual las podemos dividir en corto y largo plazo.

Consecuencias a corto plazo del Abuso Sexual

Las consecuencias a corto plazo se refieren a las experiencias del malestar hasta los dos años posteriores al abuso sexual. Los niños que no refieren tratamiento psicológico suelen mostrar su malestar durante la vida de adultos.

Los efectos pueden ser:

- Físicos: Problemas de sueño. Normalmente transcurren con pesadillas. Cambios de hábitos alimenticios o de comida. Pérdida de control de esfínteres.
- Conductuales: Consumo de drogas o de alcohol. Huidas del hogar. Conductas autolesivas o suicidas. Hiperactividad. Bajo rendimiento académico.
- Emocionales: Miedo generalizado. Hostilidad y agresividad. Sentimientos de culpa y vergüenza. Depresión y ansiedad. Baja autoestima y estigmatización. Rechazo al propio cuerpo. Desconfianza y rencor a los adultos. Trastorno de estrés postraumático.
- Sexuales: Conocimiento sexual precoz o inapropiado para su edad. Masturbación compulsiva. Excesiva curiosidad por el sexo. Conductas exhibicionistas. Problemas de identidad sexual normalmente aparecen en la adolescencia.
- Sociales: Déficits en las habilidades sociales. Retraimiento social. Se pueden producir conductas antisociales en la adolescencia.

Consecuencias a largo plazo del Abuso Sexual

Las consecuencias a largo plazo de las víctimas de abuso sexual suelen continuar hasta la etapa de adultez si no reciben atención psicológica en el momento propicio y crítico antes de los dos años, después de este período de tiempo se habla de secuelas o consecuencias a largo plazo. Actualmente, no existe un síndrome específico y único entre las víctimas de abuso sexual en la adultez y las víctimas por violación en la adultez. Sin embargo, presentan las mismas patologías de estrés postraumático, ansiedad, miedos, depresión e inadaptación.

Los síntomas disociativos y la amnesia psicógena son relativamente frecuentes mientras se de el abuso con una menor edad en el menor.

Los principales efectos negativos en la vida adulta de las personas que padecieron abusos sexuales en la infancia o en la adolescencia, suelen presentar los siguientes síntomas, pero no todos son iguales en las víctimas:

- Físicos: Dolores crónicos generales, Hipocondría y trastornos de somatización. Alteraciones del sueño (pesadillas), Problemas gastrointestinales, Desórdenes alimenticios, especialmente bulimia.
- Conductuales: Intentos de suicidio, consumo de alcohol y/o drogas, Trastorno disociativo de identidad (personalidad múltiple).
- Sexuales: Fobias y aversiones sexuales ,falta de satisfacción sexual, alteraciones en la motivación sexual, trastornos de la activación sexual y del orgasmo y creencia de ser valorada por los demás únicamente por el sexo.
- Sociales: Problemas en las relaciones interpersonales, aislamiento y dificultades en las relaciones familiares.

Desde el punto de vista del trauma en sí mismo, lo que predice una peor evolución a largo plazo es la duración prolongada de la exposición a los estímulos traumáticos, la intensidad alta de los síntomas experimentados y la presencia de disociación peritraumática, es decir de síntomas disociativos (amnesia psicógena, especialmente) en las horas y días posteriores al suceso **(8)**.

Se constata que los síntomas traumáticos a largo plazo pueden ser menores, a no ser que se trate de un abuso sexual grave con penetración y si la víctima no se enfrenta a otras circunstancias que pueden constituir un obstáculo en su recuperación del trauma como pueden ser: abandono emocional, el maltrato físico, el divorcio de los padres, una patología familiar grave, un clima desfavorable en la escuela, etc. **(9)**.

Factores Mediadores a los efectos que producen el Abuso Sexual

Existen estudios que demuestran que el 70% de las víctimas de abuso y agresión sexual presentan un cuadro de clínico a corto plazo y de este porcentaje llega a disminuir hasta un 30% si se tienen en consideración las repercusiones a largo plazo **(10) (11)**.

Por tanto, estas cifras no dejan de ser despreciables y con las repercusiones traumáticas que dejan en la víctima.

Los factores que modulan el impacto de la agresión sexual pueden ser el perfil individual de la víctima, en cuanto a edad, sexo y contexto familiar; las características del acto abusivo (frecuencia, severidad, existencia o no de violencia o amenazas, cronicidad, etc.), la relación existente con el abusador, y, por último, las consecuencias asociadas al descubrimiento del abuso **(7)**.

No existen una concordancia en los estudios en cuanto al perfil de la víctima, pero podemos constatar que las edades más vulnerables se establecen entre los 6 a 12 años. Algunos estudios constatan que debido a la corta edad del menor son más vulnerables a los abusos sexuales y mayor probabilidad de padecer síntomas disociativos mientras que otros estudios

manifiestan que debido a la ingenuidad y falta de entendimiento del menor lo protegen y favorece a que exista un menor impacto.

Sin embargo, a **mayor edad** es muy probable que exista una penetración y mayor capacidad de resistencia. Por ello, tenemos que poner el factor de la edad en relación con otras variables como pueden ser la identidad del agresor, la cronicidad del abuso y su intensidad.

Respecto **al sexo de las víctimas**, los estudios informan que no existe una sintomatología de mayor gravedad o en el tipo de sintomatología experimentada.

Sin embargo, el sexo femenino puede ser un factor de riesgo hay más víctimas en niñas que en niños. Aunque, estos estudios son concluyentes en que una familia disfuncional, caracterizada por la conflictividad y la falta de cohesión puede aumentar la vulnerabilidad del niño a la continuidad del abuso y a las secuelas psicológicas derivadas del mismo **(12)**.

Las investigaciones realizadas están en mayor concordancia con las **características del acto abusivo**. Las investigaciones en este sentido sitúan que existe una mayor gravedad de las secuelas psicológicas y del trauma en función de la duración y frecuencia del abuso, empleo de fuerza o amenaza o de la propia violación (penetración vaginal, anal o bucal). De esta forma, se concluye que cuanto más perduren los abusos en el tiempo y su mayor intensidad se va a desarrollar un mayor sentimiento de indefensión y de vulnerabilidad, favoreciendo el desarrollo de síntomas clínicos.

En cuanto al parentesco o a **la relación víctima/agresor**, lo verdaderamente importante es la vinculación emocional existente entre ambos: agresor/víctima. De esta forma, cuanta mayor sea el grado de intimidad mayor impacto emocional y psicológico recibirá la víctima y no así con el grado de parentesco o consanguinidad. De esta forma, la edad del agresor resulta novedoso tanto en cuanto el agresor es un adolescente y no un adulto, resultando para la víctima más gravoso en su sintomatología cuando se trate de un adulto y no de un adolescente.

Por último, debemos destacar las **consecuencias del descubrimiento del abuso sexual** por parte de la familia de la víctima. El hecho de dar apoyo emocional y creer la revelación de la víctima dándole crédito a sus manifestaciones va a resultar un fuerte amortiguador en la sintomatología e impacto que va a sufrir la víctima, resultando beneficioso para su recuperación. Se constata que se le da mayor credibilidad a la víctima cuando es menor de edad, es decir, que se le suele dar mayor credibilidad cuando la víctima tiene menos años que cuando tiene más.

Sin embargo, cuando la revelación del abuso es temprana y recibe una inadecuada atención por parte del entorno de la víctima suelen darse un proceso evolutivo de recuperación más doloroso para la víctima y una peor recuperación.

Podemos establecer, un mal pronóstico para la pronta recuperación de la víctima cuando concurren en el entorno de la víctima:

- El entorno de la víctima enjuicia o culpabiliza a la víctima.
- El agresor es el padre y la madre consentidora.
- Ruptura legal o de hecho de la pareja de convivientes con la víctima.
- Desarrollarse en un entorno de orfanato.
- La revictimización de la víctima en períodos largos judiciales.
- Huida del domicilio y retornar a entornos nuevos pueden suponer un sobre coste emocional añadido.

Etiología de la Pedofilia

Los estudios indican que una de las causas de la pedofilia pueden ser los factores medioambientales pueden predisponer a las personas a convertirse en pedófilos, ya que, éstos informan sobre el impulso incrementado de abusar en los niños y/o niñas sobre todo en períodos de estrés.

La hipótesis más obvia lo representa el alto porcentaje de pedófilos que han sido abusados en la niñez y se cumple el ciclo de abusador/abusado o ciclo víctima abusado **(13)**.

Una revisión bibliográfica del Dr. Juan Antonio Becerra García en Medline con la combinación de las palabras claves: “pedophilia”, “IQ” y “handedness”, identificó diez artículos.

En los distintos trabajos encontrados se constata en las distintas muestras que existe una relación del cociente intelectual menor en los agresores con un mayor número de víctimas niños y con mayores respuestas peneanas a estímulos sexuales que representaban menores **(14)**.

Esta relación de la dominancia de la mano izquierda en los pedófilos y en su cociente intelectual más bajo en relación con otros delincuentes de preferencias por adultos o en individuos sanos se ve corroborado por la preferencia de la mano izquierda dos veces más que en sujetos no pedófilos. **(15)**.

Sin embargo, en otro estudio se muestra que la relación entre la pedofilia, el CI bajo, menor educación y aumento de la preferencia manual de la mano izquierda en los diferentes grupos eran iguales cuando los participantes del estudio estaban en un mismo grupo heterogéneo con distintas fuentes de procedencia. Este hecho demuestra una relación entre la pedofilia y el funcionamiento cognitivo general genuino y no el hecho de la mano dominante como artefacto **(16)**.

En cuanto a los estudios que intentan relacionar la estatura con la pedofilia se ha encontrado que los agresores pedófilos y hebefílicos eran más bajos de estatura que los grupos de control, hombres que no tenían delitos sexuales y el grupo de no infractores teleiófilos (niños y adolescentes que se sienten atraídos por un adulto).

Sin embargo, los delincuentes teleiófilos tenían una estatura intermedia entre los no delincuentes y los delincuentes sexuales pedófilos y hebefílicos y no eran significativamente diferentes de ninguno de los otros grupos.

Este hecho puede justificar que independientemente de las secuelas psicológicas que pudieran tener los pedófilos y los hebefílicos están sujetos a secuelas y condiciones que puedan afectar a su desarrollo fisiológico **(17)**.

Estos tres factores (cociente intelectual, dominancia de la mano izquierda y la estatura) podemos considerarlos marcadores neuronales.

Estudios neurológicos previos han dividido las teorías neuroanatómicas de la pedofilia en tres:

- Teorías frontales-disejecutivas asocian la pedofilia con una disfunción en la corteza prefrontal y con la desinhibición de la conducta.
- Teorías temporolímbicas, que implican una deshibición conductual y a estructuras profundas de los lóbulos temporales implicados en la conducta sexual.
- Y, por último, la teoría de disfunción dual, es decir, los lóbulos temporales son los responsables de la disfuncionalidad de la conducta sexual mientras que la región frontal con la disfunción ejecutiva que controla los impulsos conductuales.

Cabe resaltar los estudios que utilizan las técnicas de neuroimagen a través de Resonancia Magnética Estructural (RME) y Resonancia Magnética Funcional en grupos de sujetos pedófilos y en grupos de control de personas no delincuentes tanto homosexuales como heterosexuales.

La RME nos permite diferenciar diferencias neuroanatómicas y la RMF nos permite conocer diferencias en la activación en la distintas zonas cerebrales.

De esta forma, nos encontramos trabajos que nos permiten conocer las principales diferencias neuroanatómicas:

- Menor volumen de sustancia gris en circuitos frontoestriatales y estriado ventricular. Schiffer, et al (2007).
- Menor volumen de sustancia gris en amígdala derecha y bilateralmente en hipotálamo, regiones septales, sustancia innominada y base del núcleo de estría terminal. Schiltz, et al (2007).
- Menor volumen de sustancia blanca bilateral en lóbulos parietales y temporales (principalmente en fascículos frontooccipital superior y arcuato derecho). En una muestra de 65 pedófilos y 65 delincuentes no sexuales. Cantor, et al (2008).

En cuanto a los trabajos que emplearon la RMF, destacamos las principales diferencias de activación con los grupos de controles:

- Menor activación de la corteza prefrontal (CPF) dorsolateral, hipotálamo, sustancia gris periacueductal dorsomedial (ante estimulación visual erótica), y de amígdala, hipocampo y corteza prefrontal CPF dorsomedial (ante estimulación visual emocional no erótica). Walter, et al (2007). Utilizó un grupo de 13 pedófilos y 14 controles sanos (ambos grupos heterosexuales) **(18)**.
- Menor activación de corteza orbitofrontal y CPF dorsolateral durante la estimulación sexual visual. Schiffer, et al (2008) en este estudio cogió una muestra de 8 pedófilos y 12 controles sanos heterosexuales en ambos grupos **(19)**.
- Sin embargo, Schiffer et al (2008) , encontró mayor activación de tálamo, globo pálido y estriado. Para ello, utilizó una muestra de 11 pedófilos atraídos por niños exclusivamente de unos doce años y 12 controles sanos (homosexuales en ambos grupos) **(20)**.

Conclusiones

Estamos viviendo en una sociedad donde se realiza un mayor uso de las técnicas informativas computarizadas, sin importar el rango de edad de los usuarios y quién está detrás del monitor o pantalla.

Nos encontramos en una sociedad que a toque de “click” disponemos de cualquier información que se puede compartir al otro lado del monitor sin saber quién se encuentra al otro lado de la pantalla. Esta circunstancia, es aprovechada por muchos pederastas para su satisfacción sexual.

La pedofilia y los agresores sexuales han existido desde tiempos inmemorables en todas las sociedades. Sin embargo, es en la actualidad cuando se está tomando una mayor concienciación por parte de las autoridades y de los científicos.

En este artículo se pretende realizar una breve revisión de trabajos de investigación desde la última década del siglo XX hasta la primera década del siglo XXI que aporten datos sobre los factores que concurren en los orígenes, las causas y las consecuencias de la pedofilia.

No podemos establecer un único perfil del pedófilo, pero si podemos realizar su diagnóstico. Los trabajos realizados a finales del siglo XX nos han aportado diferentes factores que resultan de una gran utilidad para conocer el fenómeno de la pedofilia y darnos pistas sobre las causas, las variables que intervienen en el mantenimiento y de las consecuencias psicológicas en las víctimas para poder establecer distintas teorías y modelos explicativos sobre el origen del abuso infantil.

Cabe destacar el Modelo explicativo del origen del abuso sexual de Finkelhor (1984). Basado en cuatro precondiciones que debe reunir el agresor sexual adulto para acceder sexualmente a un menor niño y/o niña.

En primer lugar, **el adulto debe tener sentimientos sexuales** por el menor o la menor o bien hacia los niños y/o niñas en general. Entre los factores que pueden desencadenar en el origen de estos sentimientos pueden ser:

- Deseo biológico del adulto por relacionarse sexualmente con menores.
- Abuso sexual en la infancia o experiencias de abuso sexual en la etapa adulta.
- Experiencias sexuales en la infancia con otros niños.
- Efectos a la exposición de pornografía.

La segunda precondición, es que **el agresor supera sus propias inhibiciones internas** que van en contra del deseo de acceso sexual hacia el menor. Los factores que entran en esta precondición son.

- No interioriza aquellos valores que sancionan la relación sexual de un adulto con un menor o una menor.
- Escaso control de impulsos o carencia de habilidades en la demora de la gratificación.
- Psicopatología.

- Frustraciones en las relaciones sexuales.
- Confusión de roles.
- Autopercepción de indefensión.

La tercera precondition que establece Finkelhor (1984) es que el agresor debe superar los obstáculos externos que le frenan su tendencia sexual hacia el menor o la menor. El agresor puede haberse encontrado en algunas de las siguientes situaciones:

- Madre enferma, ausente o indefensa.
- Hacinamiento familiar.
- Oportunidad de estar juntos a solas (intimidad).
- Aislamiento familiar.

Y, por último, la cuarta precondition es que el agresor debe superar la resistencia de la víctima o los intentos de evitación del niño o la niña en caso de que ocurriera. Algunos factores que favorecen el abuso sexual es que la víctima padezca:

- Deprivación emocional.
- Aislamiento.
- Conocimiento o relación entre la víctima y el agresor.
- Desconocimiento de la víctima de lo que está sucediendo.
- Coerción, amenazas del agresor a la víctima.

Se hace constar que la presencia de la primera precondition, de las dos o de las tres primeras no son suficientes para explicar el abuso sexual. Se deben de dar las cuatro precondiciones. Cuando se dan las tres primeras precondiciones el menor o la menor puede evitar el abuso siendo asertivo o escapándose de la presión del abusador.

Las variables más estudiadas en la violencia sexual en las investigaciones realizadas en la última década del siglo XX, tanto en las cometidas con adultos hombres y mujeres agresores y agresoras, como las investigaciones relacionadas con niños y niñas y jóvenes que cometen abusos sexuales han sido:

- Transmisión intergeneracional del abuso.
- La personalidad del agresor.
- Los agresores y agresoras y sus relaciones con el consumo de alcohol y de drogas.
- El estatus socioeconómico familiar.
- Aislamiento social.
- El aprendizaje.

Se debe tener en cuenta que el hecho de cumplir una variable o de todas las variables juntas no implicaría necesariamente la presencia de la conducta del abuso sexual.

Los trabajos realizados a principios del siglo XX nos han servido para conocer las variables intervinientes en el acto del abuso sexual, establecer modelos explicativos del abuso y conocer variables de personalidad de los y las agresores sexuales en menores.

Sin embargo, los trabajos realizados en la primera década del siglo XXI destacan por los estudios neuroanatómicos y las áreas cerebrales que están implicadas en las conductas de los abusadores y abusadoras sexuales de menores.

Estos últimos trabajos de investigación que se apoyan en el uso de las tecnologías de imagen, Resonancia Magnética Estructural (RME) y en la Resonancia Magnética Funcional (RMF) han verificado y comprobado que el cerebro de los pedófilos tiene unas redes neuronales disfuncionales con respecto a las distintas muestras de controles ante la exposición de estímulos activadores sexuales.

Estas últimas investigaciones dan paso a conocer mejor el funcionamiento de los sujetos que padecen pedofilia y su posible tratamiento farmacológico y reinserción social. No obstante, se debe hacer constar que los pedófilos por el hecho de este hallazgo no quiere decir que sean impunes ante la ley, ya que, este hallazgo no los exime de su responsabilidad penal.

Bibliografía

1. El Español. El gran secreto del código samurái: los niños que tenían sexo con hombres para no 'feminizarse'. 2020 julio.
2. Europea C. CARTA DE LOS DERECHOS FUNDAMENTALES DE. In Diario Oficial de la Unión Europea; 2010; Lisboa.
3. GUERRICAECHEVARRÍA EEyC. CONCEPTO, FACTORES DE RIESGO Y EFECTOS. In Sanmartín J. Violencia contra los niños. barcelona: Ariel; 2005. p. 86-112.
4. García-Becerra JA. Existe un perfil característico de psicopatología de la personalidad en pedofilia. Revista Iberoamericana de Psicología. 2013 Enero.
5. COHEN LJ, GALYNKER IIMP. Características clínicas de la pedofilia e implicaciones para el tratamiento. Journal of Psychiatric Practice. 2002 septiembre; volumen 8(5).
6. c VKablabFdDyF. Respuestas potenciales del cerebro pedófilo a estímulos eróticos de adultos. Elsevier. 2016 febrero; 1632.
7. GUERRICAECHEVARRÍA EEyC. CONCEPTO, FACTORES DE RIESGO Y EFECTOS PSICOPATOLÓGICOS del ABUSO SEXUAL INFANTIL. In Sanmartín J. Violencia contra los niños. Barcelona: Ariel; 2005. p. 86-112.
8. Griffin MRPyM. Evaluación objetiva de la disociación peritraumática: indicadores psicofisiológicos. APA PsycInfo. 1997.
9. Finkelhor DyKTK. Una perspectiva de desarrollo sobre el impacto infantil del crimen, el abuso y la victimización violenta. APA PsycNet. 1997.
10. PE Mullen 1 JM,JA,SR,GH. El impacto a largo plazo del abuso físico, emocional y sexual de los niños: un estudio comunitario. PubMed. 1996 enero.
11. Gillham HL. Como ayudar a los niños a aceptarse a si mismos y a aceptar a los demas. 3rd ed.: Paidós Educador; 1991.
12. Cortés JCyM. Malos Tratos y Abuso Sexual. Cuadernos de Trabajo Social. 1997;(10).
13. Lisa J Cohen 1 PGM,SWG,KN,KC,IIG. Historia sexual infantil de 20 pedófilos masculinos frente a 24 sujetos control masculinos sanos. PubMed. 2002 noviembre.

14. James M Cantor 1 RB1LKR1BKC2. Reanálisis cuantitativo de datos agregados sobre el coeficiente intelectual en delincuentes sexuales. PubMed. 2005 Julio.
15. Cantor JMBRCBKDRKPEBALBTKME. Inteligencia, memoria y destreza en la pedofilia. APA PsycNet. 2004.
16. Ray Blanchard 1 NJK,JMC,PEK,RD,MEK,TB. Cociente intelectual, destreza y pedofilia en pacientes varones adultos estratificados por fuente de referencia. PubMed. 2007 noviembre.
17. James M Cantor 1 MEK,TB,PEK,RD,RB. Altura física en agresores sexuales pedófilos y hebefílicos. PubMed. 2007 diciembre.
18. Martin Walter 1 JW,CW,UG,MR,KS,FB,CT,BB,HJH,GN. La pedofilia está relacionada con una activación reducida en el hipotálamo y la corteza prefrontal lateral durante la estimulación erótica visual. PubMed. 2007 septiembre.
19. Boris Schiffer 1 TP,EG,MF,NL,MS,THK. Correlación funcional del cerebro con la pedofilia heterosexual. PubMed. 2008 mayo.
20. Boris Schiffer PTK,MTP,MAdG,MMF,MNL,MMS,PyEG,M. Respuesta cerebral a estímulos sexuales visuales en pedófilos homosexuales. Journal Psychiatry Neurocience. 2008 enero.