

Cartografiando la pedofilia: eficacia de los tratamientos y estrategias futuras

Francisco BALBUENA RIVERA

Universidad de Huelva (España)

Resumen

Para orientar el trabajo de los profesionales de la salud mental que trabajan con pedófilos se necesitan evaluaciones clínicas rigurosas que aporten evidencias de la eficacia de las intervenciones psicoterapéuticas y/o psicofarmacológicas. Con ese propósito, se revisan aquí distintos hallazgos obtenidos hasta hoy en el tratamiento de los pedófilos. Aunque los hallazgos son incipientes, la literatura científica sugiere ciertas anomalías en el neurodesarrollo asociadas a tal parafilia. También hay evidencia empírica que avala la eficacia del abordaje multimodal que combina los tratamientos cognitivo-conductuales usados con medidas psicosociales y/o jurídicas. Los avances que puedan producirse en la explicación etiológica de la pedofilia ayudarán en el futuro a adoptar programas de prevención y tratamiento más eficaces.

Palabras clave: pedofilia, neurodesarrollo, terapia cognitivo-conductual, terapia con fármacos.

Abstract

To guide the work of mental health professionals who work with pedophiles rigorous clinical evaluations that provide evidence of the effectiveness of psychotherapeutic interventions and / or psychopharmacological are needed. To that aim, here they are reviewed various actual findings in the treatment of pedophiles. While the findings are emerging, the scientific literature suggests certain neurodevelopmental abnormalities associated with such paraphilia. There is also empirical evidence supporting the effectiveness of multimodal approach combining cognitive-behavioral treatments used with psychosocial and / or legal actions. The advances that may occur in the etiological explanation of pedophilia help in the future to adopt prevention programs and more effective treatment.

Key words: Pedophilia; Neurodevelopment; Cognitive-behavioral therapy; Drug therapy.

Algunas evidencias sobre correlatos neurológicos de la pedofilia

Usando como términos de búsqueda indexados en MeSH (el tesoro de la *National Library of Medicine* de Estados Unidos, que usan las principales bases de datos del área de la salud) “pedophilia”, “etiology”, “diagnostics”, “drug therapy” y “cognitive-behavioral therapy”, revisamos prioritariamente estudios publicados entre 2009 y 2014 en MEDLINE/ PubMed /Index Medicus acerca de esta parafilia. Sin entrar ahora en detallar cada uno de ellos, como rasgo definitorio común expresan que no hay una explicación cabal etiopatogénica de la pedofilia, aunque sí hallazgos clínicos que muestran alteraciones estructurales

y funcionales en el área temporal-límbica, incluyendo la amígdala, pudiendo inferirse de ello que las inclinaciones pedófilas sean secundarias a perturbaciones en el neurodesarrollo y otros síndromes neuropsiquiátricos (Lucka & Dziemian, 2014). Con todo, sin negar que tales alteraciones favorezcan el riesgo de desarrollar tal parafilia (Berryessa, 2014; Fromberger, Jordan & Müller, 2013), la evidencia actual no permite afirmar que la manifestación de las mismas explique por sí sola la pedofilia. Asimismo, entre los marcadores de un anómalo neurodesarrollo en la pedofilia figuran bajo CI, mayor preferencia manual izquierda y menor talla física (Becerra, 2009). En diversas tareas experimentales (v. g. de integración visual-motora, visual-perceptiva, etc.) los sujetos pedófilos también exhiben una ejecución más lenta

Dirección del autor: Departamento de Psicología Clínica, Experimental y Social. Facultad de Ciencias de la Educación, Pabellón 1. Campus de “El Carmen”. Avda. Tres de Marzo s/n. 20007 Huelva. *Correo electrónico:* balbuena@uhu.es

Recibido: mayo de 2014. *Aceptado:* octubre de 2014.

si se les compara a un grupo control y otro de abusadores sexuales (Suchy, Eastvold, Strassberg & Franchow, 2014).

Epidemiología

En un plano diferente, pero de gran interés para las intervenciones psicofarmacológicas y/o psicoterapéuticas en pedófilos, está el de la epidemiología de este trastorno, cuya prevalencia en la población general se ignora, de ahí que distintos estudios recientes traten de identificar rasgos estables y dinámicos de pedófilos que antes de diagnosticarse trabajaban con niños, cotejándose esto con otros abusadores sexuales carentes de tal experiencia (Turner, Rettenberg, Lohmann, Eher & Briken, 2014). Y es que, a falta de ítems que identifiquen un potencial pedófilo, vinculada según criterios del DSM-IV-TR (APA, 2000) a la recurrencia de fantasías, impulsos y/o conductas que impliquen actividad sexual con niños prepúberes o algo mayores, comúnmente de 13 años o menos, durante al menos 6 meses, es difícil elaborar un diagnóstico, pobremente apoyado si sólo contamos con datos clínicos aislados.

Vinculado con ello, conviene también señalar las diferencias entre sexos que hay al elegir como objeto sexual a un niño, más acentuadas en hombres que mujeres (Becerra, 2009), lo que a nuestro entender cabría explicar por factores socioculturales, aun cuando la tolerancia cero hacia la pedofilia y por ende el abuso sexual infantil ha calado hondamente en los distintos sectores sociales, que unánimemente condenan tales conductas.

Es cierto, no obstante, que la deseabilidad social, una variable siempre presente en las investigaciones biomédicas y psicológicas, influye también en la pedofilia, como ya constataba un programa de tratamiento para pedófilos presentado hace 9 años (Beier, Alhers, Schaefer & Felgood, 2006) donde el anonimato de sus participantes garantizaba responder más según su actuación “real” y no por lo esperable socialmente. Apoyando esto, el 4% de los 373 sujetos varones incluidos en tal programa admitieron haber tenido contactos sexuales con niños, un 9% haber fantaseado sexualmente con ellos, y un 6% masturbarse con fantasías que los involucraban. Desde que la naturaleza de lo que se investiga es especialmente sensible, los resultados clínicos derivados de estudiar la pedofilia, para luego extraer medidas preventivas y/o terapéuticas eficaces, se torna difícil, pues, salvo que uno tenga acceso a una muestra clínica representativa, gran parte de los trabajos utilizan sujetos pre y universitarios de la población general a fin de obtener datos acerca de sus fantasías, actividades sexuales, etc., los cuales luego se comparan con los de individuos pedófilos ya identificados (Smiljanich & Briere, 1996). Así, junto a la debilidad metodológica de tales muestras, debe añadirse el tamiz social que al participar en esas investigaciones impone la cultura a los sujetos.

¿Qué encuentran de atractivo los pedófilos en los niños?

Igual que una buena exploración clínica permite una selección ulterior eficaz de las pruebas diagnósticas y medidas terapéuticas, creemos que sucede con el pedófilo, de modo que antes de centrarnos en el arsenal terapéutico hasta ahora disponible, arrojaremos algo de luz respecto a lo que le motiva a sentir tal atracción infantil. Lo primero, según un estudio desvela (Rice, Chaplin & Harris, 2003), es el interés patológico que el pedófilo expresa por niños que todavía no han desarrollado completamente sus caracteres sexuales secundarios, esto es, niños afeminados carentes de vello pubiano y del resto de los cambios físicos que acompañan el tránsito de la niñez a la pubertad. Igualmente, se ha constatado la propensión que manifiestan por los niños delgados, de menor peso y talla que sus iguales, de piel fina y suave, algunos de cuyos rasgos ya advirtió Kurt Freund, un pionero en el estudio de la pedofilia (Freund, McKnight, Langevin & Cibiri, 1972; Connolly, Slaughter & Mealey, 2004).

La escasez de hallazgos clínicos acerca de la condición psico(pato)lógica del pedófilo comienza a ser cubierta por lo que se va conociendo de su historia afectivo-sexual, vinculada con el inicio de conductas de autoexploración corporal, onanistas y/o de contactos íntimos con otro igual, ya del mismo sexo, ya diferente, previamente a la pubertad. Por ello, junto a una buena exploración, el clínico debe elaborar una rigurosa y completa anamnesis, que, en lo que a lo ya dicho se refiere, incumbe a la historia pretérita de aprendizaje sexual del pedófilo, pues no olvidemos que parte del espectro de técnicas para su tratamiento atañen a la reorientación y/o extinción de expresiones cognitivo-conductuales, así como emocionales y psicofisiológicas, asociadas a revertir la búsqueda de excitación y placer sexual que aquél obtiene fantaseando y/o llevando a cabo actividades sexuales con prepúberes.

Consistentemente con ello, se ha evidenciado la comorbilidad de la pedofilia con la de otras parafilias, lo que sugiere que las perturbaciones en el neurodesarrollo de unas pudieran también influir en otras, tema interesante aún por seguir investigando a la espera de nueva evidencia clínica y/o experimental. Pues, a pesar de los avances experimentados en las neurociencias, la casuística del pedófilo es tan variada que alcanzar una explicación causal requiere de la interacción biogenética-ambiental.

Tratamientos eficaces para mitigar la pedofilia

¿Contra qué lucha el clínico al tratar al pedófilo? A la vulnerabilidad que el niño víctima de éste presenta, sin duda influyente en la elección de un niño y no otro, debemos añadir la historia de aprendizaje sexual, posible abuso sexual infantil y déficits del neurodesarrollo, que, aislada

o conjuntamente, como se infiere de los datos recogidos mediante autoinforme, manifestaciones conductuales y distintas medidas psicofisiológicas (polígrafo, tests falométricos) nos dé una idea cabal de lo que ha condicionado el patrón cognitivo-conductual de aquél, estando así en posición de diseñar e implementar el paquete terapéutico que mejor encaje al perfil clínico del pedófilo. Debe tenerse presente que, salvo que éste se sienta “muy angustiado” por sus intereses sexuales o por la presión de su pareja, o ya hubiera sido condenado judicialmente y/o tratado, la posibilidad de iniciar un tratamiento sin tales antecedentes es mínima (Seto, 2008; Seto, 2009).

Las distintas técnicas de reorganización cognitivo-conductual usadas para revertir esta parafilia (sensibilización encubierta, recondicionamiento orgásmico, técnicas aversivas, etc.), no han logrado la eficacia esperada, al ignorarse los mecanismos reales subyacentes que la mantienen. Así, por ejemplo, hay pedófilos que antes de iniciar sus primeras experiencias sexuales ya tenían fantasías sexuales en las que niños estaban presentes, de modo que no hay certeza si al aplicarse tales técnicas combinadas o no conseguimos cambiar su preferencia sexual o sólo ayudarles a controlar mejor su excitación sexual. De igual forma, hay evidencia del fuerte nexo que existe entre pedofilia y abuso sexual infantil, tornándose la pretérita víctima el pedófilo actual a tratar, apostillando así algunos si la herida infantil que le fue infligida es irremediable o no (Di Giacomo, Alamia, Cicolari, Cimolai & Clerici, 2013). Vinculado con ello, aun con dilatada experiencia, el profesional de la salud mental que asiste al pedófilo advertirá cómo en él existen sentimientos ambivalentes hacia éste, pues, junto a su rol clínico, también coexisten el de hijo y/o padre, roles que pueden afectar su praxis clínica. Resulta por ello para nosotros capital instruir al profesional de la salud mental, cualquiera que sea su orientación teórico-técnica, en técnicas psicofisiológicas, medicamentosas y destrezas psicoterapéuticas que le permitan afrontar con la mayor eficacia (poder de resolución terapéutica), eficiencia (logro de los objetivos terapéuticos con el menor costo de tiempo y dinero posibles) y efectividad (logro de objetivos terapéuticos en grado y profundidad suficiente) lo que sesión a sesión vaya forjando la alianza terapéutica y el curso ulterior de la terapia.

Respecto a las terapias cognitivo-conductuales ya referidas, tomando como modelo los programas de prevención de recaídas en adicciones, se han adaptado al cuadro clínico del pedófilo, a quien así se le ayuda a detectar y responder más eficazmente a situaciones de alto riesgo (Woodworth *et al.*, 2013). Tal terapia individual es combinada con otra grupal, en la que el pedófilo es instruido en educación sexual, sexualidad humana, técnicas de relajación, manejo del estrés y la ira, así como en distintas competencias sociales. Como metaanálisis constatan, que el pedófilo muestre empatía hacia las víctimas, como que acepte su responsabilidad por lo sucedido, no resultan en modo alguno ser predictores

significativos de disminución de la recidiva, haciéndose así preciso la monitorización de los progresos experimentados a medida que la terapia avanza.

En cuanto a las intervenciones medicamentosas, focalizadas en la reducción de la excitación sexual, impulso sexual y comportamientos concomitantes que le acompañan, se han interesado extensamente por los antiandrógenos y agentes serotoninérgicos (Amelung, Kuhle, Konrad, Pauls & Beier, 2012; Houts, Taller, Tucker & Berlin, 2011). Así, lo que hoy más habitualmente suele prescribirse son fármacos antilibidinales como ciproterona y acetato de medroxiprogesterona (Panesar, Allard & Pai, 2011). La primera se ha utilizado en dosis de 50-200 mg/día por vía oral en varias tomas, aunque hay algunos países con preparaciones depot (Salazar, Peralta & Pastor, 2009). Su utilidad clínica ha sido constatada al reducir las distintas conductas sexuales exhibidas (fantasías, parafilias, masturbación) y respuesta sexual (erección, eyaculación), siendo la tasa de recidiva baja (entre 0 y 33%; media 6%). El acetato de medroxiprogesterona, un derivado sintético de la progesterona, aunque constituye una indicación no autorizada, por su acción antiandrogénica, se usa con delinquentes sexuales hace más de 20 años. En dosis de 150 mg/ml trimestrales inhibe la secreción de gonadotropina hipofisaria, y, con ella, la maduración folicular y la ovulación, como la síntesis de testosterona. Otros dos fármacos son la goselerina y la leuprorelina, utilizados con delinquentes sexuales (uso no autorizado). Señalar también que al emplear la goselerina puede producirse un aumento transitorio de testosterona sérica, pudiendo ser eficaz asociar temporalmente un antiandrógeno oral (v.g ciproterona). Se comercializa en implantes subcutáneos de 3,6 mg si son mensuales, y 10,8 mg de ser trimestrales. El incremento transitorio inicial de testosterona sérica producido por la leuprorelina hace recomendable asociar ciproterona desde 3 días antes al inicio del tratamiento, como hasta 1-3 semanas después. Reseñar que la ciproterona es problemática a causa de su administración oral y múltiple, a lo que se une la falta de motivación interna de muchos pacientes para adherirse al tratamiento diseñado. Por todo ello, es factible que en el futuro se puedan imponer ciertos fármacos de acción antilibidinal de liberación prolongada, que, como hemos referido, no gozan de la debida autorización para estas indicaciones. Igualmente, debe atenderse el riesgo de depresión, lo que hace preciso solicitar el consentimiento informado a pacientes y allegados, informando también al juez que tal tratamiento viene motivado por una medida de seguridad.

Medida más agresiva y de carácter permanente es la castración quirúrgica, que ocasionalmente se practica en Alemania, República Checa y Suiza, mientras en Estados Unidos, en función del estado, hay quienes sólo ofrecen como única opción a los delinquentes la castración física, como Texas, habiendo otros donde se les permite escoger

entre ésta o la castración química (Seto, 2008). Impedir, con todo, que un pedófilo tenga una erección no significa que éste no pueda utilizar otras zonas corporales para dar rienda suelta a sus fantasías sexuales, o de usar instrumentos que sustituyan el pene inoperante. Recordemos que la naturaleza de la actividad de contenido sexual que pueden llevar a cabo con niños es muy variada, al poder ir desde acariciarlos sin violencia y observarlos mientras están desnudos, masturbándose delante de ellos, a incluir penetraciones anales, vaginales y bucales (Carrasco, Ramírez & Del Barrio, 2013).

Conclusiones

No existe en la actualidad tratamiento biológico, psicológico, socioeducativo, jurídico-penal, etc. que por sí mismo dé una solución eficaz a lo que acontece en la pedofilia, necesitándose así del concurso de distintos profesionales que trabajen juntos en las medidas que se crean convenientes aplicar al pedófilo en tratamiento. La evidencia experimental y clínica hoy disponible es poca esperanzadora, al corroborar que no cabe eliminar la pedofilia, pero sí actuar con intervenciones (v.g. psicoterapéuticas, medicamentosas, etc.) dirigidas a aumentar el control voluntario de la excitación sexual y reducción del impulso sexual, así como en dotar al pedófilo adherido al tratamiento de ciertas habilidades sociales para modificar su patrón cognitivo-conductual (Seto, 2009). Además de esto, ya que muchos pedófilos mantienen relaciones de parentesco con sus víctimas (hijos, familiares cercanos) o tienen profesiones que los vinculan con ellas (monitores de educación física, profesores) (Carrasco, Ramírez & Del Barrio, 2013), las autoridades competentes debieran implementar campañas de sensibilización y prevención que en base a la literatura científica y/o evidencia disponible permitan un más adecuado abordaje y tratamiento de esta parafilia. Familias y menores, así, se sentirán más protegidos contra tales delitos a la libertad sexual tipificados en el Código penal. Igualmente referir que, mientras hoy los trastornos parafilicos se incluyen en el DSM-IV-TR (APA, 2000) como parte del conjunto de disfunciones sexuales, eso no sucederá en el DSM-V, donde los trastornos parafilicos conformarán una categoría propia. Como cambios operados en el nuevo manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales están (1) la inclusión dentro de la pedofilia del subtipo adicional denominado hebefílico (atracción sexual por niños prepúberes, comúnmente menores de 11 años) y (2) la incorporación del trastorno hipersexual y del trastorno parafilico coercitivo (referido a las mujeres que sufren un abordaje coactivo por parte de hombres). No obstante, al necesitar aún mayor investigación, estos dos últimos trastornos se ha propuesto que sean incluidos en la sección III, pendiente de tener más evidencia clínica de ellos (Carrasco, Ramírez & Del Barrio, 2013).

Referencias

- Amelung, T., Kuhle, L.F., Konrad, A., Pauls, A., & Beier, K.M. (2012). Androgen deprivation therapy of self-identifying, help-seeking pedophiles in the Dünkelfeld. *International Journal of Law & Psychiatry*, 35 (3), 176-184.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Revised (4th Ed.)*. Washington: American Psychiatric Association.
- Becerra, J.A. (2009). Etiología de la pedofilia desde el neurodesarrollo: marcadores y alteraciones cerebrales. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 2 (4), 190-196.
- Beier, K.M., Alhers, C.J., Schaefer, G.A., & Feelgood, S. (2006). The Berlin primary prevention approach: A treatment program for paedophiles. *9th Conference of the International Association for the Treatment of Sexual Offenders*. Hamburgo (Alemania), septiembre.
- Berryessa, C.M. (2014). Potencial Implications of Research on Genetic or Heritable Contributions to Pedophilia for the Objectives of Criminal Law. *Recent Advances in DNA & gene sequences* [en prensa].
- Carrasco, M.A., Ramírez, I., & Del Barrio, V. (2013). *Evaluación clínica: diagnóstico, formulación y contrastación de los trastornos psicológicos*. Madrid: Sanz y Torres.
- Connolly, J.M., Slaughter, V., & Mealey, L. (2004). The development of preferences for specific body shapes. *Journal of Sexual Research*, 41, 5-15.
- Di Giacomo, E., Alamia, A., Cicolari, F., Cimolai, V., & Clerici, M. (2013). Child sexual abuse: An irremediable hurt. *Rivista de Psichiatria*, 48 (4), 273-284.
- El Mundo (2008). El Instituto Armado no ve delito en el "día del orgullo pedófilo" (26-06-2008).
- Freund, K., McKnight, C.K., Langevin, R., & Cibiri, S. (1972). The female Child as a surrogate object. *Archives Sexual Behavior*, 2, 119-133.
- Fromberger, P., Jordan, K., & Müller, J.L. (2013). Pedophilia: Etiology, diagnostics and therapy. *Der Nervenarzt*, 84 (9), 1123-1135.
- Houts, F.W., Teller, I., Tucker, D.E., & Berlin, F.S. (2011). Androgen deprivation treatment of sexual Behavior. *Advances in Psychosomatic Medicine*, 31, 149-163.
- Lucka, I., & Dziemian, A. (2014). Pedophilia. A review of literature, casuistics, doubts. *Psychiatria Polska*, 48 (1), 121-134.
- Panesar, N., Allard, B., Pai, N., & Valachova, I. (2011). Ciproterone acetate in paraphilia. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 45 (5), 428.
- Rice, M.E., Chaplin, T.C., & Harris, G.T. (2003). What's shape got to do with it? Phallometric waist-hip ratio

- preferences among psychopathic and nonpsychopathic child molesters and normal controls. *22nd Annual Conference of the Association for the Treatment of Sexual Abusers*. St. Louis, MO.
- Salazar, M., Peralta, C., & Pastor, F.J. (2009). *Tratado de Psicofarmacología (2^a Ed.)*. Madrid: Editorial Panamericana.
- Seto, M.C. (2008). *Pedophilia and Sexual Offending Against Children*. Washington DC: APA.
- Seto, M.C. (2009). Pedophilia. *Annual Review Clinical Psychology*, 5, 391-407.
- Smiljanich, G., & Briere, J. (1996). Self-reported sexual interest in children: Sex differences and psychosocial correlates in a university sample. *Violence and Victims*, 11, 39-50.
- Suchy, Y., Eastvold, A.D., Strassberg, D.S., & Franchow, E.I. (2014). Understanding processing speed weaknesses among pedophilic child molesters: Response style vs. neuropathology. *Journal of Abnormal Psychology*, 123 (1), 273-85.
- Turner, D., Rettenberg, M., Lohmann, L., Eher, R., & Briken, P. (2014). Pedophilic sexual interests and psychopathy in child sexual abusers working with children. *Child Abuse Negligence*, 38 (2), 326-335.
- Woodworth, M., Freimuth, T., Hutton, E.L., Carpenter, T., Agar, A.D., Logan, M. (2013). High-risk sexual offenders: An examination of sexual fantasy, sexual paraphilia, psychopathy, and offence characteristics. *International Journal of Law Psychiatry*, 36 (2), 144-156.

