

Pederastia: ¿Existen tratamientos eficaces? Programas dentro y fuera del ámbito penitenciario

María Riberas-Gutiérrez y Nereida Bueno-Guerra

Universidad Pontificia Comillas, Madrid
nbguerra@comillas.edu

INTRODUCCIÓN

El abuso sexual hacia menores es un problema de índole internacional. La Organización Mundial de la Salud cifra en 223 millones las víctimas anuales menores de 18 años (OMS, 2014), lo que supone una prevalencia que supera el 20% en Australia, África y Estados Unidos y se estima alrededor de un 13% en Europa y Sudamérica. Lamentablemente, España no es una excepción a estas estadísticas. El dato más reciente en nuestro país sobre el número conocido de abusos y agresiones sexuales a menores es de 1.271 (Memoria Elevada de la Fiscalía General de Estado, 2016), mientras que el número de personas condenadas por delitos sexuales a menores se reduce a 318 (INE, 2016). Si bien el hecho de que la cifra de condenados sea inferior al número de delitos conocidos se puede atribuir a factores como la multirreincidencia o la falta de evidencia judicial que prospere en sentencias firmes, lo cierto es que se observa un aumento de condenas en este ámbito de hasta el 40% respecto a años previos (INE, 2016). Las previsiones de futuro no son demasiado esperanzadoras si a estos datos añadimos que el desarrollo de las nuevas tecnologías ha producido un incremento de la distribución de contenidos de pornografía infantil, lo que permite una mayor accesibilidad a dichos contenidos; favorece la comunicación entre los consumidores y aumenta las posibilidades de que se establezca contacto virtual o físico con los menores de una manera más fácil (Niveau, 2010). El reciente ascenso de condenados y el potencial ascenso de consumidores de pornografía infantil a través de las redes, unido a la cifra negra habitual en este tipo de delitos (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000), justifica la necesidad de elaborar una revisión de los tratamientos nacionales e internacionales que se llevan a cabo, así como proponer una discusión sobre qué debe entenderse como eficacia en el abordaje terapéutico de esta población. No obstante, antes de comenzar es necesario hacer dos distinciones terminológicas que influyen en el alcance de nuestra revisión de programas terapéuticos. Por una parte, distinguir entre pedofilia y pederastia y, por otra parte, definir el concepto de eficacia.

La pedofilia se encuentra clasificada como una parafilia en los manuales diagnósticos al uso. Entre sus criterios diagnósticos se encuentra la presencia de “fantasías sexuales recurrentes y altamente excitantes, impulsos sexuales o comportamientos que implican actividad sexual con niños prepúberes o niños algo mayores (generalmente de 13 años o menos durante un período de al menos 6 meses” que producen en la persona “malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo”. Es decir, la persona con pedofilia no tiene necesariamente que haber abusado sexualmente de un menor para ser diagnosticada, y además su bienestar emocional puede ser negativo como consecuencia de su parafilia. Por otra parte, la pederastia es un término empleado habitualmente en el entorno judicial para definir a aquellas personas que han cometido un delito sexual hacia menores. Esta distinción terminológica es relevante de cara a nuestra revisión porque permite incluir aquellos programas centrados en el abordaje terapéutico de personas que aún no han cometido un delito. Es por ello que en nuestra revisión distinguimos entre programas terapéuticos llevados a cabo dentro del sistema penitenciario (con pederastas) y fuera del sistema penitenciario (con pedófilos y en ocasiones pederastas no descubiertos judicialmente).

Por su parte, la definición del concepto eficacia resulta controvertida en este ámbito ya que puede dar a entender que “la pedofilia se cura”, algo que a nivel terapéutico resulta difícil de determinar. Es por ello que en el presente trabajo se consideraron eficaces aquellos programas que conseguían la reducción o ausencia de las fantasías e imágenes sexuales con menores; los que generaban bienestar en el paciente (es decir, más enfocados al tratamiento de pedófilos) y los que disminuían la reincidencia (es decir, más enfocados al tratamiento de pederastas).

MÉTODO

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica en un rango temporal comprendido entre 1990-2018, aunque para la búsqueda de tratamientos no se utilizó filtro temporal debido a la escasez de información. Las principales palabras claves empleadas fueron: pedofilia, pederastia, parafilias, tratamiento, eficacia, prevención, agresores sexuales y abuso sexual a menores (y sus correspondientes términos en inglés). Se utilizó como criterio de inclusión aquellos documentos que incluyeran información sobre pederastas y agresores sexuales y sobre tratamientos utilizados en esta misma población. También se incluyeron aquellos documentos que aportaban información sobre la eficacia que habían tenido dichos tratamientos tanto a largo como a corto plazo y tanto dentro del centro penitenciario como fuera. El criterio de exclusión se aplicaba a aquellos artículos que se centraban en el estudio de la etiología de la pederastia, así como aquellos documentos que se centraban en la actuación jurídica.

RESULTADOS

Fruto de la búsqueda se obtuvieron 63 artículos de los cuales se descartaron 24 ya que no recogían la información clave para realizar el estudio.

En la tabla 1.1 se recogen las técnicas más habitualmente empleadas en el tratamiento de pedófilos y pederastas, así como los objetivos principales de cada tratamiento y su eficacia.

En la tabla 1.2 se muestra un resumen de los programas encontrados, diferenciados por su aplicación dentro o fuera del centro penitenciario y con breve información acerca de su aplicación y grado de eficacia.

Tabla 1.1 Tipos de tratamiento

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

Tabla 1.2 Programas de tratamiento dentro y fuera del centro penitenciario

Lugar	Programa de tratamiento	País	Población a la que va dirigido	Duración del tratamiento	Objetivos	Eficacia
Dentro del centro penitenciario	Programa de Control de la Agresión Sexual (PCAS)	España	Pederastas y agresores de mujeres adultas	Entre 9 y 11 meses. 2 sesiones semanales de 3 h.	Modificación del patrón de excitación sexual y distorsiones cognitivas	Reincidencia del grupo experimental (4%) menor que la del grupo control (13%)
	Fuera de la Red	España	Consumidores de pornografía infantil	10 meses con sesiones grupales o individuales a concretar por el profesional	Reducir el riesgo abusos o agresiones directas. Reducir la reincidencia.	No se han encontrado datos
	Castración Química	España, Corea del Sur, Rusia, Polonia, Alemania, Francia, EE. UU.	Pederastas con riesgo de reincidencia alto. *Puede ser voluntario en función del país	Depende del paciente, ya que sus efectos son reversibles.	Reducir el impulso sexual y con ello posibles agresiones	Reincidencia significativamente mejor que los que no recibieron tratamiento
Fuera del centro penitenciario	Red de Prevención Kein Täter Werden o Proyecto Dunkelfeld	Alemania	Pedófilos y/o pederastas con o sin delitos sexuales.	12 meses	Aceptación de la orientación sexual Controlar el impulso sexual	Disminución de los sesgos cognitivos y empatía con la víctima. *No se han encontrado datos de eficacia de los programas ASAP y Sexual Behaviour Clinic
	Sexual Behaviours Clinic (SBC)	Canadá	*Ingreso voluntario			
	ASAP- Abel Sexual Abuse Prevention	EE. UU				
	Terapia de Privación Androgénica de pedófilos	Alemania	Pedófilos y/o pederastas con o sin delitos sexuales. *Ingreso voluntario	Depende del paciente	Reducción del impulso sexual	No se han encontrado datos
	Programa de Prevención Primaria del abuso sexual por menores	Alemania	Jóvenes (12-18) que sienten atracción sexual niños/as prepúberes	Depende del paciente	Prevención de delitos sexuales a menores y el aislamiento social del paciente.	Datos en curso

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos indican que fruto de la preocupación social sobre el aumento de los delitos de abuso sexual infantil (ASI) se han desarrollado programas de tratamiento en distintos países, dentro y fuera del ámbito penitenciario, orientados a que personas con trastorno de pedofilia y/o personas que cometieron un delito de ASI no reincidan y aprendan a vivir con su preferencia sexual. En cuanto a las técnicas que demuestran mayor eficacia, existen datos que avalan los tratamientos químicos mientras que otros apoyan su combinación con terapia cognitivo conductual, con tamaños del efecto entre 0.18 y 0.29.

En cuanto a los programas encontrados, a nivel internacional existen programas de tratamiento dentro del ámbito penitenciario, como la castración química. Generalmente es voluntaria, pero en algunos países como Rusia, Polonia, Corea del Sur y el estado de Florida en EE. UU, es obligatoria. Asimismo, fuera del ámbito penitenciario existen varias iniciativas destinadas a la prevención de futuros delitos que generalmente acogen a voluntarios bajo el compromiso de confidencialidad aun cuando confiesen haber cometido delitos no denunciados, tales como el SBC (Canadá), ASAP (EE. UU.) o el Proyecto Dunkelfeld (Alemania). Este último contempla programas separados con población adulta y joven, adelantando así la prevención de delitos a la adolescencia. Las previsiones futuras son positivas en cuanto a la innovación a la hora de elaborar los tratamientos, aunque resulta innegable la necesidad de que más países se sumen a la implantación de este tipo de tratamientos.

A nivel nacional, España cuenta con programas dentro del ámbito penitenciario que han demostrado su eficacia, tales como el PCAS y el programa Fuera de la Red, y otros de los que aún no encontramos datos, como la castración química que se lleva a cabo en Cataluña. Sin embargo, no nos consta la existencia de ningún tratamiento preventivo que se imparta fuera de los centros penitenciarios, si bien la diferencia existente entre personas condenadas y número de delitos conocidos de ASI, así como la cifra negra lamentablemente típica de estos delitos, induce a pensar que existe un volumen de personas con preferencias sexuales hacia menores no condenados en prisión. Es por ello por lo que una iniciativa que consideramos positiva en España es la incorporación de programas de tratamiento con características similares a los programas alemanes que tienen lugar fuera del ámbito penitenciario. De esta manera se podría reducir la probabilidad de que pasen al acto quienes aún no lo hayan hecho o tratar a quienes lo hubieran cometido, pero no se encuentren condenados en prisión.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Echeburúa, E. y Guerricaechevarría, C. (2000). *Abuso sexual en la infancia: víctimas y agresores. Un enfoque clínico*. Barcelona: Ariel.

Instituto Nacional de Estadística. (2016). Estadística de condenados: Adultos. Obtenido de: http://ine.es/dyngs/INEbase/es/categoria.htm?c=Estadistica_P&cid=1254735573206 (última consulta, 14 de mayo de 2018).

Ministerio de Justicia. (2017). Fiscalía General del Estado. Memoria Elevada. Obtenido de: https://www.fiscal.es/memorias/memoria2017/FISCALIA_SITE/index.html (última consulta, 14 de mayo de 2018).

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

OMS (2014). *Informe mundial sobre violencia y salud*. Obtenido de: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/status_report/2014/en/ (última consulta, 24 de mayo).