



Universidad Internacional de La Rioja
Facultad de Salud

Máster Universitario en Psicología General Sanitaria

Autoestima, soledad social, distorsiones cognitivas y psicopatología en adultos: ¿existe una relación con la pedofilia?

Trabajo fin de estudio presentado por:	Cristina Castells Moreda
Tipo de trabajo:	Proyecto de investigación
Línea de investigación:	6. Evaluación y psicodiagnóstico en psicología general sanitaria.
Formato de trabajo:	Individual
Modalidad de TFE:	TFM
Director:	Dr. Pedro José Horcajo Gil
Fecha:	Mayo de 2025

Resumen

Identificar factores de riesgo asociados a la conducta sexual hacia menores es clave para diseñar intervenciones preventivas. Este estudio analiza la presencia de variables relacionadas con el estigma en una muestra de hombres con intereses pedófilos o hebéfilos. Se observa que, aunque las puntuaciones objetivas no reflejan niveles extremos, los participantes muestran dificultades en autoestima y soledad, confirmadas también en los relatos cualitativos. La mayoría no presenta distorsiones cognitivas que justifiquen el delito, aunque existe variabilidad individual. A nivel clínico, se detecta sintomatología moderada en obsesión-compulsión, depresión, psicoticismo y sensibilidad interpersonal. Además, se hallan correlaciones entre variables como depresión e introversión, y ansiedad y somatización, lo que sugiere un malestar psicológico relevante. En conjunto, los resultados apuntan a un perfil caracterizado por dificultades emocionales y sociales asociadas al estigma y la falta de apoyo. Se destaca la importancia de espacios terapéuticos libres de prejuicios para favorecer la ayuda preventiva.

Palabras clave: pedofilia, hebefilia, abuso sexual infantil, estigma, factor de riesgo.

Abstract

Identifying risk factors associated with sexual behaviour towards minors is essential for designing preventive interventions. This study examines the presence of stigma-related variables in a sample of men with paedophilic or hebephilic interests. Although objective scores do not indicate extreme levels, participants show difficulties with self-esteem and loneliness, also confirmed through qualitative accounts. Most do not exhibit cognitive distortions that justify the offence, although individual variability is observed. Clinically, moderate symptoms are detected in areas such as obsession-compulsion, depression, psychoticism, and interpersonal sensitivity. Furthermore, correlations are found between variables such as depression and introversion, and anxiety and somatisation, suggesting notable psychological distress. Overall, the results indicate a profile marked by emotional and social difficulties linked to perceived stigma and lack of support. The findings highlight the importance of providing therapeutic spaces free from prejudice, stigma, and taboo, in order to encourage individuals with paedophilic interests to seek help preventively.

Keywords: pedophilia, hebephilia, child sexual abuse, stigma, risk factor.

Índice de contenidos

1. Marco teórico.....	8
1.1. Recorrido histórico en torno al concepto de pedofilia	8
1.2. Pedofilia como inclinación sexual.....	11
1.3. Distinción entre pedofilia y pederastia	11
1.4. Epidemiología de la pedofilia	12
1.5. Estigma y pedofilia.....	14
1.5.1. Impacto del estigma en el funcionamiento emocional.....	16
1.5.2. Impacto del estigma en el funcionamiento social.....	17
1.5.3. Impacto del estigma en las distorsiones cognitivas.	17
1.5.4. Impacto del estigma en la motivación para seguir el tratamiento.	18
1.6. Factores de riesgo asociados a la violencia sexual.....	19
2. Justificación	20
3. Objetivos	22
3.1. Objetivo principal	22
3.2. Objetivos específicos	22
4. Hipótesis.....	22
5. Marco metodológico	23
5.1. Diseño	23
5.2. Muestra	23
5.3. Instrumentos	23
5.4. Procedimiento	26
5.5. Análisis de datos.....	27
6. Resultados.....	28
6.1. Resultados descriptivos.....	28

6.1.1.	Cuestionario ad hoc.....	28
6.1.2.	Escala de Autoestima de Rosenberg	32
6.1.3.	Escala Este II de soledad social.....	33
6.1.4.	Escala MOLEST.....	34
6.1.5.	Test SCL-90-R.....	35
6.2.	Resultados de fiabilidad.	38
6.3.	Análisis Correlacional.....	39
7.	Discusión	41
7.1.	Limitaciones.....	46
7.2.	Prospectiva	47
7.3.	Conclusiones.....	49
	Referencias bibliográficas.....	50
Anexo A.	Informe de valoración de trabajo fin de máster	60
Anexo B.	Consentimiento informado	61
Anexo C.	Cuestionario ad hoc.....	64
Anexo D.	Compromiso de confidencialidad.....	70
Anexo E.	Autorización asociación.....	72

Índice de figuras

Figura 1. Tiempo que tardan el pedir ayuda profesional	29
Figura 2. Número de profesionales por los que pasan antes de recibir ayuda especializada .	30
Figura 3. Porcentajes ítems soledad percibida (cuestionario ad hoc)	30
Figura 4. Porcentajes de la escala de autoestima de Rosenberg	33
Figura 5. Porcentajes de la escala Este II de soledad social	33
Figura 6. Porcentajes de puntuaciones de la escala MOLEST	35
Figura 7. Gráfico de las puntuaciones medias de cada subescala del test SCL-90-R	37

Índice de tablas

Tabla 1. Comparación del metaanálisis de Mann et al. 2010 y el estudio de Jhanke, Schmidt et al. (2015).....	20
Tabla 2. Resultados escala de autoestima de Rosenberg	32
Tabla 3. Resultado de escala Este II de soledad social	33
Tabla 4. Resultados escala MOLEST.....	34
Tabla 5. Puntuaciones obtenidas en las distintas escalas sintomáticas test SCL-90-R	35
Tabla 6. Ítems de alarma test SCL-90-R	38
Tabla 7. Matriz de correlaciones entre las diferentes variables estudiadas	39

1. Marco teórico

Pocas características humanas generan tanto temor y rechazo como la atracción sexual hacia los menores. Diferentes investigaciones han documentado que la simple información de que alguien tiene intereses pedófilos es suficiente, para provocar fuertes deseos de evitar o castigar a esa persona, incluso cuando no ha cometido ningún delito (Imhoff, 2015; Jahnke et al., 2015, McCartan, 2010).

1.1. Recorrido histórico en torno al concepto de pedofilia

El incesto, la homosexualidad, la zoofilia, la pedofilia, el sadomasoquismo, el autoerotismo, el voyeurismo, el fetichismo, el travestismo, la coprofagia, las mutilaciones sexuales, entre otras, se han conocido desde el siglo XIX como “perversiones sexuales” (Krafft-Ebing, 1886 citado en Herrero et al., 2018).

La atracción sexual hacia los menores, recogido en el actual Manual Diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5-TR; American Psychological Association, APA) como una parafilia, es un fenómeno que se ha estudiado mucho a lo largo de toda la historia. El término pedofilia o paidofilia, proviene del griego y se compone etimológicamente de paidíon (niño) y filia (amistad, afecto, amor). Por ende, si nos basamos solamente en su significado etiológico, la pedofilia sería el “amor hacia los niños” prescindiendo de cualquier vinculación con lo erótico.

El término “pedofilia erótica” aparece por primera vez en la obra *Psychopathia Sexualis* (1906) de Richard von Krafft Ebing. En dicho libro, el psiquiatra alemán introduce por primera vez en la comunidad clínica, la pedofilia como una perversión sexual. Krafft-Ebing creía que la pedofilia era rara (sólo había visto 4 casos, todos ellos hombres), y planteó que muchos casos de contactos sexuales con menores, se podían explicar por el aburrimiento, (hombres que tenían mucha experiencia sexual con mujeres y buscaban nuevos estímulos sexuales), déficits socio sexuales (hombres que tenían miedo de las mujeres o estaban ansiosos por su virilidad con mujeres adultas), o desinhibición (por ejemplo, hombres que estaban intoxicados, experimentando demencia senil, o que tenían retraso mental) (Seto, 2008a).

El término “perversión sexual”, fue sustituido por el de “parafilia” en el año 1987 cuando, la American Psychiatric Association (APA) publica la versión revisada de su tercera edición del

Manual Diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III-R), coincidiendo con la modificación clínica de la 9ª edición de la CIE, el manual de la Organización Mundial de la Salud (OMS). La mayor polémica con respecto a la clasificación de la pedofilia en el DSM, la encontramos en sus últimas versiones, el DSM-5 y DSM-5 Texto Revisado (DSM-5-TR; APA, 2022). Hasta el DSM-IV-R la pedofilia se clasificaba como una categoría diagnóstica que formaba parte de los trastornos sexuales. Se incluye, por tanto, con el resto de las parafilias. Con el DSM-5 y con su posterior revisión (DSM-5-TR), aparece una nueva clasificación, y se hace una distinción entre parafilia y trastorno parafílico. De este modo, se realiza un diagnóstico diferencial entre la pedofilia y el trastorno de pedofilia. Con esto, el DSM-5 y DSM-5-TR sugieren que la pedofilia, entendida como un interés sexual hacia los menores, pese a considerarse una parafilia, no se corresponde estrictamente con una patología, siempre que no cause malestar en el propio individuo o provoque daño o riesgo de daño en otras personas (APA, 2013, 2022). Por el contrario, el Trastorno de Pedofilia se define como “excitación sexual intensa y recurrente derivada de fantasías, deseos sexuales irrefrenables o comportamientos que implican la actividad sexual con uno o más niños prepúberes” (American Psychiatric Association, 2022, p. 703). Se estipula, además, que el individuo debe tener por lo menos 16 años, ser al menos 5 años mayor que el niño/a por el cual siente excitación sexual y su atracción, debe haber perdurado en el tiempo, como mínimo 6 meses. Asimismo, este interés sexual, debe causar un malestar importante en la persona que lo padece o bien puede suponer una amenaza para otras (APA, 2022, p. 703).

Por otro lado, los pedófilos pueden ser exclusivos, es decir, sentir únicamente atracción sexual por menores, o no exclusivos, sintiendo atracción sexual igualmente por personas adultas y menores (APA, 2022, p. 703; Seto, 2008b).

No obstante, a pesar de que el DSM-5 y su versión revisada han concluido correctamente que experimentar una atracción sexual recurrente hacia menores, no constituye per se una prueba de un trastorno, a menos que esas atracciones también causen angustia o alguna otra dificultad significativa, la nueva clasificación, no ayuda a distinguir los aspectos psiquiátricos de un trastorno pedófilo, de sus posibles implicaciones penales. El DSM-5 establece que un indicador del Trastorno pedófilo sería que un individuo haya “actuado” sobre sus impulsos sexuales (APA, 2022, p. 703). “Actuar” podría significar tanto que ha abusado de un menor o, que se ha masturbado con fantasías pedófilas, por ejemplo. De este modo, los actuales

criterios para diagnosticar un trastorno pedófilo colocan a algunas personas que nunca han abusado de un/a menor, en la misma categoría que las que si lo han hecho, lo que perpetua la confusión entre pedofilia y pederastia, y contribuye al estigma asociado a esta inclinación sexual (Berlin, 2014).

Por su parte, la OMS, en su última versión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11; OMS, 2022), clasifica el Trastorno pedófilo dentro de los Trastornos parafílicos, definiéndolo como un patrón sostenido, focalizado e intenso de excitación sexual, que se manifiesta con pensamientos, fantasías, deseos intensos o conductas sexuales persistentes, que involucran a niños o niñas prepúberes. Asimismo, aclara que el diagnóstico no se aplica a conductas sexuales entre niños pre o postpuberales que se encuentran cercanos en edad (CIE 11, 2021).

Además de la pedofilia, existen otros términos utilizados para designar la preferencia sexual por un aspecto fisiológico específico relacionado con la edad, aunque no aparecen representados en las últimas versiones del DSM (Blanchard, & Barbaree, 2005; Blanchard, Barbaree et al., 2000; Blanchard, Lykins et al., 2009; Hall, & Hall, 2007; Janssen, 2015; Seto, 2008a);

- La “nepiofilia” término acuñado por John Money, es la atracción sexual hacia bebés y niños de entre 0 y 5 años.
- La “hebefilia” es el interés sexual hacia los púberes, es decir, los menores de entre 13-16 años.
- La “efebofilia” preferencia sexual hacia los adolescentes o jóvenes ubicados entre los 16 y los 19 años.

Asimismo, además de los anteriores, existen otros términos para designar la preferencia sexual por personas mayores, que tampoco aparecen especificados en el DSM-5 TR (Placeres Hernández, 2011);

- La Gerontofilia, considerada por el Manual diagnóstico de las enfermedades en sexología como una parafilia que consiste en la atracción sexual por personas ancianas, estableciendo como criterio diagnóstico una diferencia de edad de 35 años.

1.2. Pedofilia como inclinación sexual

La pedofilia, tal y como se ha comentado anteriormente, se refiere específicamente a una atracción hacia los niños/as prepubéres. Mientras que el DSM-5 TR, considera que la prepubertad hace referencia a los menores “generalmente de 13 años o menores de 13” (American Psychiatric Association, 2022, p. 703), esto debería considerarse únicamente, como una guía aproximada. Las pruebas sugieren que la edad de inicio de la pubertad, puede variar según el género y la etnia del o la menor (Shaffer, & Kipp, 2007), por lo que no nos podríamos basar, únicamente, en la edad para definir los intereses pedófilos. Una descripción más específica de la prepubertad, la encontramos en la escala de Tanner. En este sistema, una niña prepubéres no ha desarrollado los senos, el crecimiento del vello púbico, ni ha experimentado la menarquia, mientras que un niño prepubéres, no ha experimentado todavía el crecimiento del vello púbico y el agrandamiento de los testículos, el escroto y el pene (Marshall, & Tanner, 1969, 1970). Estas características, proporcionan una comprensión más precisa de un/a niño/a prepubéres a la hora de identificar la pedofilia.

Desde esta perspectiva, la pedofilia correspondería con la atracción erótica hacia el esquema corporal de niños prepubéres en estadios 1 (prepubertad, carencia total de características secundarias sexuales) y 2 (aparición de mamas y crecimiento testicular) de la escala de Tanner. La hebefilia, por otro lado, correspondería con los estadios 3 y 4 en los que el menor ya ha iniciado la etapa puberal, continuando con el crecimiento de las mamas, el crecimiento testicular, el alargamiento del pene y la aparición de vello púbico más grueso y rizado. Finalmente, el estadio 5 correspondería a una mujer o un hombre adulto (Marshall, & Tanner, 1969, 1970; Seto, 2009).

1.3. Distinción entre pedofilia y pederastia

Dado que la pedofilia se encuentra empíricamente relacionada con la agresión sexual, es importante diferenciar entre pedofilia y pederastia; siendo la primera la existencia de atracción sexual hacia menores, mientras que la segunda, implica que se han cometido abusos sexuales reales, por lo tanto, un delito.

Por tanto, una persona con intereses sexuales pedófilos no tiene porqué pasar a la acción; no todos los pedófilos son pederastas, ni tampoco todos los pederastas tienen porqué ser

pedófilos, existiendo abusos sexuales a menores por motivos diferentes a la atracción sexual (Almeda, 2018).

En este sentido, Howells (1981) ya hacía referencia al pederasta pedófilo y al pederasta no pedófilo cuando clasificó a las personas que habían cometido abuso sexual infantil en “Abusador Primario” y “Abusador Secundario/Situacional”. Los primeros, eran los que mostraban una inclinación casi exclusiva hacia los menores. Los segundos, en cambio, eran aquellos que no se podían clasificar como pedófilos y que cometían el abuso sexual infantil, debido a factores como la soledad, el estrés, la baja autoestima o dificultades en sus relaciones con los adultos, por los que sienten atracción sexual.

1.4. Epidemiología de la pedofilia

Determinar cuán común es la pedofilia como trastorno en la población general resulta complicado de determinar, ya que las personas normalmente no están dispuestas a admitir abiertamente su preferencia pedófila, especialmente cuando se ha cometido un delito. La prevalencia de una verdadera preferencia sexual pedófila podría ser aproximadamente del 1%, pero cuando se investigan las fantasías generales, esa prevalencia podría aumentar hasta el 5% entre los hombres de la población general (Tenbergen et al., 2015).

Algunas investigaciones sugieren que la prevalencia de la pedofilia podría estar entre el 3% y el 5% de la población general. Sin embargo, estudios de pletismografía de pene realizados en hombres con antecedentes de delitos sexuales contra menores, muestran tasas más altas; un 30% para los hombres con un delito sexual contra niños/as, y hasta un 61% en quienes han reincidido tres o más veces (Blanchard, 2010; Seto, 2009).

En un estudio anónimo con 193 estudiantes universitarios hombres, Briere y Runtz (1989) encontraron que el 21% de ellos, admitió algún grado de interés sexual en los niños/as, el 9% admitió tener fantasías sexuales con niños/as, el 5% admitió masturbarse hasta el orgasmo a través de estas fantasías, y el 9% admitió que tendrían relaciones sexuales con un niño/a, si estuviera la certeza de no ser atrapado. Aunque es importante señalar, que este estudio no evaluó específicamente la preferencia por la pedofilia, sino la presencia de fantasías.

Por su parte, Smith (1994) halló que el 3% de una muestra de 183 estudiantes universitarios varones, bajo condiciones de anonimato, admitieron que habían tenido contacto sexual con

una niña prepúber de 12 años o menos, aunque ninguno informó haberlo hecho con un niño de la misma edad.

Beier et al. (2006) descubrieron que el 4% de los 373 hombres que respondieron a una encuesta sexual bajo condiciones de anonimato, admitieron haber tenido contacto sexual con un niño, el 9% admitió tener fantasías sexuales con niños, y el 6% admitió haberse masturbado con fantasías sexuales con niños.

Con todos estos estudios, y teniendo en cuenta la dificultad de aproximar una prevalencia real, se podría sugerir que tanto las fantasías sexuales con niños/as como los contactos sexuales con estos/as son poco comunes en la población masculina general, con una prevalencia inferior al 5%.

Por otro lado, Joyal (2016) sitúa la prevalencia de mujeres pedófilas en torno al 0,2% con una muestra de 500 mujeres en Canadá. En cuanto a la prevalencia de mujeres abusadoras, si tomamos la investigación realizada por Sánchez (1994), que se realizó en España a nivel nacional y con una muestra representativa de ciudades y zonas urbanas y rurales, se determinó que el 86,6% de los casos, los abusadores eran hombres, y el 13.9% mujeres (Sánchez, 2020). Otro dato facilitado por Sánchez nos dice que los porcentajes suelen estar entre el 10% y el 20% de menores abusados/as por mujeres (Sánchez, 2020).

González et al. (2004) explican en su artículo que, durante mucho tiempo, las mujeres no habían sido nunca consideradas como posibles agresoras sexuales, excepto en circunstancias excepcionales y que esto, podría deberse a que las mujeres pueden enmascarar mejor el abuso en prácticas cotidianas de cuidado, como por ejemplo el baño, cambios de ropa o dormir con un hijo/a. Wijkman et al. (2010) señalan que los delitos sexuales cometidos por mujeres, son más incestuosos en su naturaleza y los niños/as pueden ser más reacios a explicar el abuso cuando el ofensor es una persona de la que dependen emocional y físicamente.

Algunos estudios han señalado que las mujeres abusadoras sexuales con alta frecuencia han sido o están siendo víctimas de maltrato, incluyendo el abuso sexual. Se las ha descrito como solas, con problemas emocionales y, con muy baja frecuencia, psicóticas. Ellas suelen conocer a las víctimas, tienden a utilizar con menos frecuencia la violencia y a amenazar menos para que se mantenga el secreto. En el caso de incesto cometido por mujeres, se ha postulado una

base en una relación simbiótica con el hijo, dificultando su diferenciación (Intebi, 2001; Lewis y Stanley, 2000).

1.5. Estigma y pedofilia

Aunque la pedofilia es considerada un factor de riesgo para el abuso sexual infantil, se estima que, aproximadamente, sólo entre el 50% y el 60% de quienes cometen delitos sexuales contra menores, presentan preferencias pedófilas (Pezzoli et al., 2019; Schmidt et al., 2013; Seto, 2012). Asimismo, muchas de las personas con esta orientación pedófila, nunca llegan a cometer delitos sexuales que involucren a niños (Dombert et al., 2015; Piche, Mathesius et al., 2018). El otro 50% - 40%, agreden sexualmente a menores por razones más allá de la atracción sexual, como podrían ser: trastornos de personalidad, carencia de habilidades sociales, oportunidad, alto impulso sexual, desinhibición temporal debido a consumo de alcohol u otras drogas (Mokros, 2012, citado en Hernández, 2018; Seto, 2009, 2019). Es decir, las fantasías pedófilas no son una condición necesaria ni suficiente para explicar los delitos sexuales (Bailey et al., 2016).

A pesar de esto, las reacciones negativas hacia quienes tienen una orientación sexual pedófila son intensas y generalizadas. Se cree que el gran estigma existente en torno a este colectivo no solo genera angustia entre los individuos pedófilos, sino que también repercute en los esfuerzos por prevenir el abuso sexual infantil, ya que los problemas emocionales y el aislamiento social, incluyendo la baja autoestima y la incapacidad para gestionar el estrés, puede incrementar el riesgo de cometer tales delitos (Harper et al., 2018; Jahnke, & Hoyer, 2013; Jahnke et al., 2015). En la misma línea, Smolenski et al. (2011) identificaron que el estigma está asociado con efectos negativos en el ámbito cognitivo, emocional y conductual, incluyendo un mayor riesgo de conductas sexuales de alto riesgo.

Asimismo, Cantor y McPhail (2016) refieren que un fuerte estigma público puede impedir que las personas con pedofilia revelen sus intereses sexuales y busquen apoyo terapéutico, pudiendo así aumentar los sentimientos de aislamiento y soledad, aspectos que se han señalado como posibles factores de riesgo para cometer un delito sexual.

El término estigma se utiliza para referirse a “marcas impuestas”, “desdoro, afrenta o mala fama” (Real Academia Española, 2014), es decir, atributos que desacreditan profundamente a quien los posee o a quienes se les atribuyen. Cuando este atributo se da a conocer, estropea

la identidad social de la persona que lo porta y la aísla de la sociedad y de sí misma, de modo que se convierte en una persona desacreditada que se enfrenta a un mundo inaceptable (Goffman, 1963). Según la teoría del estrés de las minorías de Meyer (2003), ocultar una característica que genera estigma conlleva un alto costo emocional. La anticipación del rechazo y la internalización de estereotipos desacreditadores, son potentes fuentes de estrés, que pueden contribuir a problemas para hacer frente a los estados emocionales negativos y crear o agravar los problemas de salud mental (Hatzenbuehler, 2009; Meyer, 2003).

En la medida en que el estigma contra las personas con pedofilia ha ido consolidándose como algo perjudicial para la prevención del abuso sexual infantil, los investigadores han comenzado a estudiar su prevalencia y sus características (Harper et al., 2018).

Entre los estereotipos más frecuentes sobre las personas pedófilas, encontramos que la pedofilia es controlable (es decir, que una persona con un interés sexual predominante en los niños/as, puede elegir si tiene esos intereses o no) o que es extremadamente peligrosa y que estos individuos son monstruos, anormales y amorales. Consecuentemente, estas creencias se han asociado con un mayor rechazo, actitudes punitivas más duras y sentimientos de amenaza con respecto a esta población (Imhoff, 2015; Imhoff, & Jahnke, 2018; Jahnke, Imhoff, et al., 2015; Jahnke, 2018).

Además, en todos los estudios mencionados anteriormente, se han encontrado fuertes vínculos entre la percepción de peligrosidad y el deseo de castigar o evitar a las personas con pedofilia. Un experimento realizado por Jahnke (2018), constató que los participantes consideraban que un hombre con intereses pedófilos era peligroso, incluso cuando habían sido previamente informados de que ese hombre nunca había cometido, ni pretendía cometer, ningún delito sexual contra menores, debido a su convicción moral de que estos actos eran incorrectos. Asimismo, la mayoría de los participantes manifestaron fuertes emociones negativas hacia este colectivo, en particular ira y asco.

Por otro lado, encuestas comparativas, revelaron que los individuos pedófilos no infractores, eran más que las personas que abusaban de alcohol, los sádicos sexuales o las personas con tendencias antisociales (Koops et al., 2016). En un estudio de Jahnke, Imhoff et al., (2015) realizado en Alemania y Estados Unidos, solo el 5% y el 7% de los encuestados, estaban dispuestos a entablar una amistad con alguien con intereses pedófilos, aunque esta persona no hubiera agredido nunca a un menor. En otro estudio, el Trastorno Pedófilo fue el menos

aceptado de una lista de 40 trastornos mentales, con la única excepción del Trastorno de Personalidad Antisocial (Feldman & Crandall, 2007).

Imhoff (2015) encontró que las demandas de castigos como, por ejemplo, el encarcelamiento, la castración y la muerte, eran significativamente mayores cuando se utilizaba la etiqueta de "pedofilia" en lugar de un término más descriptivo como "interés sexual en niños/as prepúberes" (Imhoff, & Jahnke, 2018).

Jahnke et al. (2015) compararon las respuestas de dos grupos en relación con el estigma y la pedofilia. Tras recibir una intervención educativa contra el estigma, que incluía la explicación de que la pedofilia no se elige o cambia a voluntad, los participantes del estudio mostraron opiniones y actitudes más comprensivas y favorables hacia las personas con pedofilia, en comparación con el grupo control que no recibió esta intervención.

Dado que las actitudes negativas están muy extendidas incluso entre personas educadas, jóvenes y de mentalidad liberal (Imhoff, & Jahnke, 2018; Jahnke, Imhoff et al., 2015), parece que las personas pedófilas pueden esperar poca tolerancia una vez que se revelen sus intereses sexuales. Es probable que la tendencia de los medios de comunicación populares a mezclar los términos "pedofilia" y "delito sexual" (Harper, & Hogue, 2015) contribuya a esta percepción errónea común, lo que, a su vez, aumenta la estigmatización incluso hacia las personas no delincuentes que presentan pedofilia.

Jahnke, Schmidt et al., (2015) sugieren en su estudio, que el estigma hacia las personas pedófilas podría aumentar la probabilidad de que surjan problemas emocionales, sociales y cognitivos, y disminuir su motivación para buscar ayuda, aunque la deseen y la necesiten.

1.5.1. Impacto del estigma en el funcionamiento emocional.

Las personas estigmatizadas suelen presentar mayores tasas de trastornos mentales u otros problemas emocionales, además de mayores dificultades para enfrentarse a cotidianidades (Meyer, 2003; Rüsche et al. 2005). Se ha identificado que el estrés derivado de la percepción del estigma afecta variables psicológicas clave que median en la relación entre dicho estrés y el desarrollo de problemas psicológicos (Hatzenbuehler, 2009).

Algunas investigaciones indican que quienes han cometido delitos sexuales contra menores, tienden a emplear estrategias de afrontamiento inadecuadas y centradas en las emociones,

como la preocupación excesiva por uno mismo y la fantasía, en comparación con otros delincuentes no sexuales u otros controles (Feelgood et al., 2005).

Asimismo, se considera que los problemas emocionales y la baja autoestima, desempeñan un papel etiológico en los delitos sexuales (Seto, 2008a; Whitaker et al., 2008). Un metaanálisis que se centró específicamente en los factores de riesgo relacionados con la perpetración de abuso sexual infantil determinó que los abusadores sexuales de menores en comparación con los no abusadores, presentaban mayores niveles de ansiedad, depresión y baja autoestima, presentando así, estrategias de afrontamiento menos funcionales (Whitaker et al., 2008). Por estas razones, se apunta a que los trastornos emocionales inducidos por el estigma podrían contribuir, indirectamente, al riesgo de comportamientos sexualmente abusivos por parte de personas con intereses sexuales pedófilos.

1.5.2. Impacto del estigma en el funcionamiento social.

En las personas a las que se les diagnosticó un trastorno psicológico, se demostró que el estigma percibido estaba asociado con más problemas de funcionamiento social y un mayor retraimiento social (Link et al., 1997). Jahnke, Schmidt et al. (2015) se encontraron resultados similares en personas con pedofilia.

Aunque la soledad no se ha identificado como un predictor claro de reincidencia en delitos sexuales (Mann et al., 2010), si puede representar un posible factor de riesgo para algunos individuos. Los hallazgos meta-analíticos han revelado que los agresores sexuales de menores sufrieron un aumento en los niveles de déficit social general (particularmente la soledad), así como dificultades en las relaciones íntimas (Whitaker et al., 2008).

Para combatir su soledad, algunas personas con pedofilia pueden preferir socializar con personas que compartan sus mismos intereses sexuales. Si bien estas comunidades en internet pueden funcionar como redes de apoyo (Holt et al., 2010), en algunos casos, también pueden incrementar el riesgo de consumir material de explotación sexual infantil o la comisión de delitos sexuales relacionados.

1.5.3. Impacto del estigma en las distorsiones cognitivas.

Muchos agresores sexuales de menores presentan distorsiones cognitivas con respecto al delito, como, por ejemplo, que el menor deseaba tener esas relaciones sexuales con el adulto, que el menor les provocaba o que los niños/as son capaces de tomar decisiones en cuanto a

las relaciones sexuales con adultos se refiere (Mann et al., 2007; Ward, & Keenan, 1999). Estas distorsiones cognitivas se consideran un predecesor de los delitos sexuales (Mann, et al. (2010). Como ya se ha comentado anteriormente, muchas de las personas pedófilas harán todo lo posible por ocultar sus intereses sexuales, evitando pedir ayuda o acudir a un profesional, dificultando así, la posibilidad de aprender a expresar su propia sexualidad de una forma sana, responsable y que no implique un delito, viéndose en cambio retratados como "monstruos" o "bestias" en los medios de comunicación (Harper, & Hogue, 2015; West, 2000). Por consiguiente, estas personas pueden desarrollar, de manera más fácil, creencias distorsionadas sobre la sexualidad o el propio delito.

Asimismo, es preocupante que muchas distorsiones cognitivas, con respecto a este colectivo, sean sostenidas no solo por delincuentes sexuales, sino también por un gran número de personas de la población general, como la creencia de que personas con un interés sexual en los niños son incapaces de controlar su comportamiento. Si las personas con pedofilia adoptan el estereotipo generalizado de que todas las personas que fantasean sexualmente con menores cometerán un delito sexual tarde o temprano, es posible que sientan poca motivación para emplear estrategias útiles para evitar tales delitos (Ward, & Keenan, 1999). Por lo tanto, el estigma, podría aumentar la probabilidad de que una persona con pedofilia adopte cogniciones erróneas sobre el sexo con menores y, por lo tanto, aumentar el riesgo de cometer abuso sexual infantil, como señalan algunos metaanálisis al considerar que las cogniciones que minimizan la culpabilidad del perpetrador o toleran la actividad sexual entre adultos y niños/as, son un posible factor de riesgo (Mann et al., 2010; Whitaker et al., 2008).

1.5.4. Impacto del estigma en la motivación para seguir el tratamiento.

Otra consecuencia adversa es que las personas que padecen síntomas de un trastorno mental, en ocasiones, evitan buscar terapia debido a la posible estigmatización (Vogel, & Wade, 2009). En el caso de las personas que presentan pedofilia, se podría hipotetizar que muchos de estos individuos, no se atreven a ponerse en contacto con un profesional de la salud mental, porque prevén reacciones negativas por parte de estos. De hecho, estudios realizados en Finlandia (Alanko et al., 2014) y Alemania (Stiels-Glenn, 2010), encontraron que muchos de los profesionales de la salud mental, se mostraban reacios a trabajar con este colectivo por diferentes razones relacionadas con prejuicios, falta de conocimiento o actitudes negativas hacia ellos.

Por otro lado, en un estudio realizado con hombres pedófilos que participaron en una encuesta en línea, la mayoría manifestó escepticismo sobre la capacidad de los profesionales de la salud mental para comprender su problemática. Solo la mitad de los encuestados expresó disposición a revelar su orientación sexual a un terapeuta (Jahnke, Schmidt, et al., 2015).

1.6. Factores de riesgo asociados a la violencia sexual

Uno de los modelos que mejor explica la adquisición y el mantenimiento de la conducta delictiva, es el expuesto por Bonta y Andrews (2016), que propone la existencia de ocho grandes factores de riesgo para la conducta delictiva. Estos ocho factores son: (1) presencia de cogniciones antisociales, que incluyen actitudes y creencias que justifican la delincuencia, así como emociones de ira y resentimiento; (2) redes o vínculos antisociales, es decir, relaciones con otros delincuentes y aislamiento de individuos pro-sociales; (3) historial de conducta antisocial, caracterizado por un inicio temprano y comportamientos delictivos recurrentes; (4) patrón de personalidad antisocial, con rasgos como impulsividad, hostilidad y baja empatía; (5) problemas familiares, como relaciones deficientes con padres o pareja; (6) dificultades académicas o laborales; (7) mala gestión del tiempo libre, con poca implicación en actividades no delictivas; y (8) presencia de abuso de sustancias. No obstante, existen estudios específicos que se centran en identificar los factores de riesgo concretos para las personas que cometen delitos de naturaleza sexual.

Los estudios de metaanálisis (Mann et al., 2010), muestran que factores de riesgo como preocupación sexual; preferencia sexual por los niños púberes o prepúberes; violencia sexualizada; parafilias múltiples; actitudes de apoyo al delito; congruencia emocional con menores; falta de relaciones emocionales íntimas con adultos; impulsividad del estilo de vida; resolución deficiente de los problemas; resistencia a las normas y la supervisión; hostilidad e influencias sociales negativas, podrían estar asociados a la violencia sexual.

Asimismo, Mann et al. (2010) identificaron factores de riesgo adicionales que, aunque no fueron estadísticamente significativos en todos los estudios, pueden estar relacionados con la violencia sexual. Dichos factores son; creencias hostiles hacia las mujeres; maquiavelismo; falta de preocupación por los demás; afrontamiento disfuncional general y sexual y afrontamiento externalizado.

Como ya se ha visto anteriormente, existe una congruencia entre algunas variables que han sido definidas como posibles factores de riesgo asociados a la violencia sexual, y la sintomatología o características de las personas que presentan pedofilia, derivadas del estigma explicadas en el estudio de Jahnke, Schmidt et al., (2015).

Tabla 1. Comparación del metaanálisis de Mann et al. 2010 y el estudio de Jhanke, Schmidt et al. (2015)

Factores de riesgo asociados a la violencia sexual (Mann et al. 2010)	Problemas derivados del estigma en personas con pedofilia (Jhanke et al., 2015).
Actitudes de apoyo al delito	Distorsiones cognitivas
Resolución deficiente de los problemas	Estrategias de afrontamiento inadecuadas
Impulsividad	Estrategias de afrontamiento inadecuadas
Influencias sociales negativas	Comunidad online de personas con pedofilia
Déficit en autorregulación general	Baja autoestima Soledad

Fuente: elaboración propia.

A continuación, el metaanálisis de Mann et al. (2010) también identifica otras variables que pueden contribuir también de manera específica y a nivel individual en determinados individuos, aunque la evidencia empírica nos señala que no son factores de riesgo generales de violencia sexual. Estas variables son: la negación, la visión de sí mismo como inadecuado/baja autoestima, trastorno mental grave y la soledad.

2. Justificación

La pedofilia y, especialmente, los delitos sexuales contra menores constituyen un grave problema de salud pública y representan una preocupación prioritaria a nivel social, sanitario y legal. La prevalencia del abuso sexual infantil refleja la magnitud de este fenómeno: se estima que entre un 10% y un 22% de las mujeres y entre un 4% y un 15% de los hombres en la población española han sufrido algún tipo de abuso sexual durante la infancia (Campo-González et al., 2023). Por otro lado, se estima que aproximadamente el 5% de la población masculina adulta presenta intereses sexuales pedófilos (Seto, 2008), aunque no todas las personas que presentan esta inclinación sexual cometen abusos. No obstante, diversos

estudios han señalado que determinados factores psicológicos y contextuales, como la soledad, la baja autoestima, el retraimiento social o el estigma percibido, pueden incrementar el malestar emocional y, con ello, el riesgo de paso al acto si no se dispone de apoyo terapéutico adecuado (Mann et al., 2010; Seto, 2012; Dombert et al., 2016; Marshall et al., 2006). Comprender la influencia de estos factores es esencial para diseñar programas de prevención eficaces dirigidos a personas con intereses sexuales hacia menores, especialmente en contextos extrapenitenciarios. Sin embargo, la mayoría de las investigaciones se han centrado en población penitenciaria, es decir en individuos que están cumpliendo condena por haber cometido un delito contra un/a menor, lo que limita la capacidad de intervenir de forma preventiva, es decir, antes de que ocurra el abuso. Estudios como el de Janke, Schmidt et al. (2015), destacan que el estigma y la marginación pueden provocar problemas emocionales, sociales e interpersonales que no solo dificultan la búsqueda de ayuda, sino que también incrementan el sufrimiento psíquico y la desconexión social. Blagden et al. (2014) y Marshall et al. (2006) han mostrado cómo estas dinámicas pueden mantener o agravar factores de riesgo, incluso en ausencia de conducta delictiva previa.

Por otro lado, los delitos sexuales contra menores tienen un impacto devastador en las víctimas, generando consecuencias a largo plazo como trastorno de estrés postraumático, depresión, trastornos de ansiedad y conductas suicidas (Pereda et al., 2009). Por ello, intervenir antes de que ocurra el delito, es una prioridad.

Este trabajo aborda una cuestión poco explorada; la relación entre autoestima, soledad social, distorsiones cognitivas y psicopatología en adultos con intereses sexuales pedófilos. Entender estos factores puede contribuir a diseñar intervenciones terapéuticas específicas que reduzcan el riesgo de cometer abuso sexual infantil, y mejorar la calidad de vida de las personas con intereses sexuales pedófilos, con el fin último de prevenir el abuso sexual infantil.

En conclusión, el presente estudio no solo pretende ampliar el conocimiento científico sobre la pedofilia en población no penitenciaria, sino también, hacer una primera aproximación para la prevención de delitos sexuales y la promoción de la salud mental de este colectivo, lo que repercute directamente en la protección hacia infancia.

3. Objetivos

A continuación, se plantea el objetivo principal y los diferentes objetivos específicos.

3.1. Objetivo principal

Este trabajo tiene como finalidad examinar en una muestra de 12 hombres que presentan pedofilia la prevalencia de variables asociadas al estigma relacionado con el interés sexual hacia menores de edad que han sido identificadas en literatura previa como factores de riesgo para la comisión del abuso sexual infantil (ASI). Concretamente, se pretende medir en qué medida variables como la soledad, los trastornos emocionales, las relaciones interpersonales, las distorsiones cognitivas o la autoestima, asociadas al estigma, están presentes en la muestra estudiada.

3.2. Objetivos específicos

Así mismo, se presentan los siguientes objetivos específicos:

1. Analizar la prevalencia de baja autoestima en hombres adultos con intereses sexuales pedófilos y su posible relación con variables psicológicas asociadas.
2. Analizar el nivel de soledad social y aislamiento en hombres adultos con atracción sexual hacia menores.
3. Evaluar la presencia de distorsiones cognitivas mediante la escala MOLEST traducida expresamente para este estudio y trastornos emocionales mediante el SCL-90-R y su posible asociación con factores previamente identificados en la literatura.
4. Analizar si existen correlaciones entre las diferentes variables estudiadas (síntomatología clínica, autoestima, soledad y distorsiones cognitivas).

4. Hipótesis

A partir del objetivo principal, se han establecido las siguientes hipótesis;

1. Los participantes de la muestra presentarán puntuaciones significativas ($PD \geq 55$) en las escalas de depresión y ansiedad de la prueba SCL-90-R, así como puntuaciones bajas en autoestima ($PD \leq 25$), evaluada mediante la escala de Rosenberg. Además, se espera que quienes presenten baja autoestima obtengan puntuaciones

significativas ($PD \geq 55$) en la subescala de sensibilidad interpersonal (INT) del SCL-90-R.

2. Los sujetos que presenten puntuaciones elevadas ($PD \geq 21$) en la escala Este II de soledad presentaran puntuaciones bajas en autoestima evaluada mediante Rosenberg ($PD \leq 25$).
3. Los participantes de la muestra presentarán puntuaciones elevadas de distorsiones cognitivas, evaluados mediante la escala MOLEST (traducida al español expresamente para este estudio), relacionadas con el delito.
4. Los sujetos que presenten puntuaciones elevadas ($PD \geq 21$) en la escala Este II de soledad presentarán puntuaciones significativas ($PD \geq 55$) en las subescalas de depresión (DEP), ansiedad (ANS) y sensibilidad interpersonal (INT) de la prueba SCL-90-R.

5. Marco metodológico

A continuación, se detalla el diseño, el tipo de muestra, los instrumentos utilizados y el procedimiento que se ha seguido para la extracción de los resultados.

5.1. Diseño

El presente trabajo consiste en un estudio piloto no experimental, descriptivo de tipo transversal.

5.2. Muestra

La muestra de este estudio está compuesta por 12 personas del género masculino, mayores de edad y que se identifican como pedófilos. Los participantes, provienen de diferentes puntos de España y se encuentran actualmente vinculados a una asociación contra la prevención del abuso sexual infantil. Si bien el tamaño de la muestra es reducido, su estudio resulta relevante debido a la escasez de investigaciones sobre factores psicológicos asociados a la pedofilia en población fuera del ámbito penitenciario y la importancia de poner el foco en la raíz del abuso sexual infantil.

5.3. Instrumentos

Para la realización de este estudio, se han utilizado los siguientes instrumentos;

En primer lugar, se han utilizado 4 herramientas estandarizadas que miren factores como la autoestima, la soledad, las distorsiones cognitivas y síntomas psicológicos y psicopatológicos.

Escala de autoestima de Rosenberg (1965), versión española traducida por Echeburúa (1995).

Se trata de un cuestionario autoinformado que explora la autoestima entendida como los sentimientos de valía personal y respeto a uno mismo. Está formada por 10 ítems que se puntúan a través de una escala tipo Likert de 4 puntos que van desde muy de acuerdo hasta totalmente en desacuerdo. Del total de puntos obtenidos en esta escala, se considera que las puntuaciones entre 30 y 40 correlacionan con una autoestima elevada, las puntuaciones que se encuentran entre 26 y 29 con una autoestima media, y finalmente, las que se encuentran por debajo de 25 corresponderían a una autoestima baja. La versión española de la escala de autoestima de Rosenberg muestra una consistencia interna de $\alpha=0,87$ y una fiabilidad de test-retest en un periodo de dos meses y un año de $r=0,72$ y $r=0,74$. En cuanto a la validez de constructo, las puntuaciones en la Escala de autoestima de Rosenberg muestran una correlación sustancial de signo negativo con la puntuación total en SCL-90-R ($r = -0,61$) así como con las distintas dimensiones de esta escala. Destacan las puntuaciones observadas en las dimensiones de Sensibilidad Interpersonal y Depresión, con correlaciones superiores a 0.60 (Vázquez-Morejón et al., 2004).

Escala Este II de soledad social (Pinel et al., 2009). Se trata de la continuidad de la Escala Este I (Rubio, & Aleixandre, 1999) y es un cuestionario autoinformado que se centra en el factor de soledad social y que analiza la percepción que tiene el sujeto del contenido social y la vivencia que él mismo experimenta.

Esta escala está compuesta por 15 ítems con tres alternativas de respuesta (Siempre, A veces y Nunca) y se divide en tres factores; percepción del apoyo social, uso que la persona hace de las nuevas tecnologías e índice de participación social. Del total de puntos obtenidos en esta escala, se considera que las puntuaciones entre 0 y 10 están relacionadas con una baja soledad, las puntuaciones que se encuentran entre 11 y 20 correlacionan con una soledad media, y las que se encuentran entre el 0 y el 10 con una alta soledad percibida. La Escala Este II de soledad social se utilizó con una muestra de población de 780 mayores de más de 65 años de la provincia de Granada y presenta una consistencia interna moderada con un $\alpha=0,72$ (Pinel et al., 2009).

Escala MOLEST de distorsiones cognitivas (Bumby, 1996). Se trata de un cuestionario autoinformado que evalúa la presencia de distorsiones cognitivas en hombres que han

abusado sexualmente de niños. Está formado por 37 ítems que se puntúan a través de una escala tipo Likert de 4 puntos, desde totalmente en desacuerdo hasta totalmente de acuerdo. Para esta escala, no se han descrito puntos de corte, el rango de puntuación oscila entre 37 y 148 puntos, a mayor puntuación, mayor presencia de justificaciones, minimizaciones, racionalizaciones y excusas para la actividad sexual con menores. El estudio original de Bumby (1996) describió unas buenas propiedades psicométricas (consistencia interna de $\alpha=0,97$ y una fiabilidad test-retest en un periodo de dos semanas, de 0,84). La validez de constructo y la validez convergente del instrumento han sido demostradas a través de la obtención de mayores puntuaciones de la muestra de abusadores de menores en la escala MOLEST, a la vez que obtenían mayores puntuaciones en otras escalas como la Escala de Cogniciones de Abel y Becker (Abel et al., 1984) (desarrollada y aplicada específicamente en hombres adultos condenados o referidos por delitos sexuales, principalmente abusadores sexuales de menores, de Estados Unidos) y en la subescala de Distorsión Cognitiva/Inmadurez del Inventario Multifásico de Sexualidad (MSI) (Nichols, & Molinder, 1984), aplicada a hombres adultos con antecedentes de abuso sexual, evaluados en programas de intervención psicológica y tratamiento penitenciario, en Estados Unidos. Asimismo, la escala MOLEST correlaciona significativamente con la Escala de Mentira para abusadores de menores del MSI (Herrero, & Negro, 2016). Asimismo, las subsecuentes validaciones en otras poblaciones han confirmado que se mantienen las propiedades psicométricas en las diferentes versiones traducidas (Marshall et al., 2003; Arkowitz, & Vess, 2003; Rambow et al., 2008; Nunes et al., 2014).

Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R) (Derogatis, 1982, adaptación al castellano por González de Rivera et al. (2002). Se trata de un instrumento de cuantificación sintomática que permite evaluar una amplia gama de síntomas psicológicos y psicopatológicos, tanto en población clínica, como en población normal. El SCL-90-R valora la presencia de 90 síntomas y determina su intensidad en una escala que va desde la ausencia total (0) hasta la máxima intensidad (4). Cuenta con 3 niveles de información diferenciados: 3 índices globales, 9 dimensiones sintomáticas primarias de salud mental y 1 nivel de síntomas adicionales.

La fiabilidad de las nueve dimensiones alcanza valores cercanos o superiores a $r = 0.70$ en la mayoría de los estudios de fiabilidad test-retest y en torno a 0,80 en los análisis de consistencia interna (Derogatis, 1994; Derogatis, & Savitz, 2000). Otros estudios han demostrado, además,

que la escalabilidad de las dimensiones es substancialmente satisfactoria (Olsen et al., 2004; Schmitz et al., 2000) y que muestran un comportamiento psicométrico idóneo cuando se analizan con modelos de Teoría de Respuesta al ítem (Olsen et al., 2004). La versión española del SCL-90-R ha demostrado ser una herramienta válida para evaluar síntomas psicopatológicos en población española (Cuevas et al., 1991).

En segundo lugar, se ha elaborado un cuestionario propio para recoger los siguientes datos; Cuestionario ad hoc (Anexo B). Se trata de un cuestionario autoinformado de 32 preguntas que explora las siguientes variables: datos sociodemográficos, actitudes en relación con la pedofilia, aspectos relacionados con la búsqueda de tratamiento y el apoyo social, soledad percibida, cogniciones referentes al estigma social derivado de la pedofilia y estrategias de afrontamiento.

5.4.Procedimiento

El procedimiento de recogida de datos se ha realizado mediante la creación un formulario en línea que contiene 4 pruebas estandarizadas y un cuestionario sociodemográfico ad hoc.

El reclutamiento de la muestra se ha efectuado a través de la Asociación ÂngelBlau, de la que soy miembro, una asociación que proporciona apoyo y acompañamiento a personas que han sufrido abuso sexual en la infancia y a sus familias, además de atender a personas con atracción sexual hacia niños, niñas y adolescentes tempranos.

Los participantes del estudio han sido seleccionados mediante un procedimiento de muestreo estratégico y no aleatorio, por voluntarios. Para la selección de los participantes, se han seguido los siguientes criterios de inclusión y exclusión;

Criterios de inclusión:

- Comprensión lectora y escrita del español.
- Manejo de las nuevas tecnologías que permita entender el procedimiento del formulario en línea.
- Hombres mayores de 18 años.
- Que se identifiquen como pedófilos o tengan diagnosticado una parafilia de tipo pedófilo.

Criterios de exclusión;

- Alteraciones cognitivas que impidan la comprensión de los cuestionarios administrados.
- Personas con un diagnóstico formal de trastornos psiquiátricos como esquizofrenia o trastorno bipolar en fase activa.
- Participantes con problemas graves de abuso de sustancias que dificulten la fiabilidad de las respuestas.
- Personas que no presenten intereses sexuales pedófilos.

Al inicio del formulario, previa administración de los cuestionarios se informó a los participantes sobre la utilización de los datos, el objetivo de estudio y el procedimiento a seguir a través de un modelo de consentimiento informado (Anexo A).

Una vez firmado el consentimiento, acceden a los diferentes cuestionarios, todos ellos realizados a través de la plataforma Jotforms.

Se ha mantenido en todo momento la confidencialidad de los participantes cumpliendo la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de Derechos Digitales, de manera que el acceso a cualquier documento o archivo obtenido durante el transcurso del estudio ha estado restringido a toda persona ajena al estudio. Los datos personales de los participantes se han codificado con un número y en ningún momento se ha desvelado su identidad, garantizando así la condición de anonimato.

Para la traducción de la escala MOLEST del inglés al castellano, se siguió un procedimiento estructurado. En primer lugar, se realizó una traducción directa ítem a ítem. Posteriormente, se llevó a cabo una segunda revisión exhaustiva con el fin de asegurar la precisión semántica y conceptual de cada ítem traducido. Una vez completada la traducción, el cuestionario fue transcrito a formato digital mediante la plataforma Jotform para su administración a la población estudiada, junto con los demás cuestionarios. El estudio de la fiabilidad de la escala puede verse en el siguiente apartado (ver 5.5 Análisis de datos).

5.5. Análisis de datos

Se corrigieron e interpretaron las escalas en función de lo indicado en el manual de cada instrumento. Para cada una de las escalas, así como para cada una de las características informadas en el Cuestionario ad hoc, se presentan los estadísticos descriptivos. Para las

variables cuantitativas, se calcularon la media y la desviación típica, o bien la mediana y el rango intercuartílico, según la distribución de los datos. La normalidad de la distribución se evaluó mediante el test de Shapiro-Wilk. En el caso de las variables cualitativas, se reportaron las frecuencias absolutas y los porcentajes. Todos los análisis se realizaron con el programa Jamovi, versión 2.6.

El cálculo de la consistencia interna de la versión en castellano traducida de la escala MOLEST, se realizó utilizando el software estadístico Jamovi (versión 2.6), a través del coeficiente alfa de Cronbach.

Finalmente, se llevó a cabo un análisis correlacional con el objetivo de explorar las relaciones entre distintas variables psicológicas recogidas a través de los instrumentos aplicados. Para ello, se utilizaron coeficientes de correlación de tipo Pearson o Spearman, en función del cumplimiento del supuesto de normalidad de las variables implicadas, evaluado previamente mediante el test de Shapiro-Wilk. Los análisis se efectuaron utilizando el software estadístico Jamovi (versión 2.6).

6. Resultados

6.1. Resultados descriptivos

La muestra consta de 12 sujetos, con características sociodemográficas similares, y una edad media de 42 años ($dt=14,97$; Mín.=20 / Max.=67). El 100% de los participantes son del género masculino; uno de ellos, está casado y los restantes están solteros. En cuanto al nivel educativo el 8,3% cuenta con tener estudios primarios o equivalentes; el 41,7% posee estudios secundarios; el 33,3% ha cursado estudios universitarios, y finalmente, el 16,7% informa haber cursado estudios superiores (p. ej., máster o doctorado).

Todos los datos se presentan mediante medias y desviaciones típicas, dado que cumplen con el supuesto de normalidad ($p > 0,05$), a excepción de la subescala FOB del test SCL-90-R, cuyos resultados se presentan con la mediana y el rango intercuartílico al no ajustarse a una distribución normal ($p < 0,05$).

6.1.1. Cuestionario ad hoc

En relación con las actitudes hacia la pedofilia, según los datos del cuestionario ad hoc, se observa que los participantes no siguen un patrón de atracción sexual únicamente pedófilo

(atracción sexual hacia menores prepúberes), sino que presentan también inclinaciones hebefilias y efebofilias, así como hacia personas adultas, concretamente, el 58,3% presentan atracción sexual exclusivamente hacia menores de edad y el 41,7% presentaría intereses sexuales hacia menores de edad y hacia personas adultas (no exclusivos). Respecto al género hacia cual se sienten atraídos, el 50% se siente atraído hacia el género femenino exclusivamente, el 25% hacia el género masculino exclusivamente, y el otro 25% tanto hacia el género masculino como femenino. Asimismo, el 41,7% de la muestra, toma conciencia de su orientación sexual en la adolescencia, mientras el 58,3%, lo hace en la adultez.

Respecto a la búsqueda de apoyo social, se observa que existe una tendencia a buscar apoyo más allá de la ayuda profesional. El 100% de la muestra, coinciden en haberlo explicado a un familiar, además de a otras personas. Por otro lado, en los casos en que los participantes han recurrido al apoyo por parte de personas con la misma inclinación sexual (75%), destaca la valoración positiva que hacen de estos encuentros, y las diferentes formas en las que este contacto, les ha ayudado, no obstante, un participante matiza que estos contactos pueden reforzar conductas negativas.

En cuanto a la búsqueda de tratamiento, en la figura 1, se observa que el 58% de la muestra tardaron mucho tiempo en pedir ayuda profesional, concretamente más de 5 años, el 17% entre 1 y 2 años, el otro 17% entre 1 y 6 meses y, finalmente, el 8% entre 6 meses y 1 año.

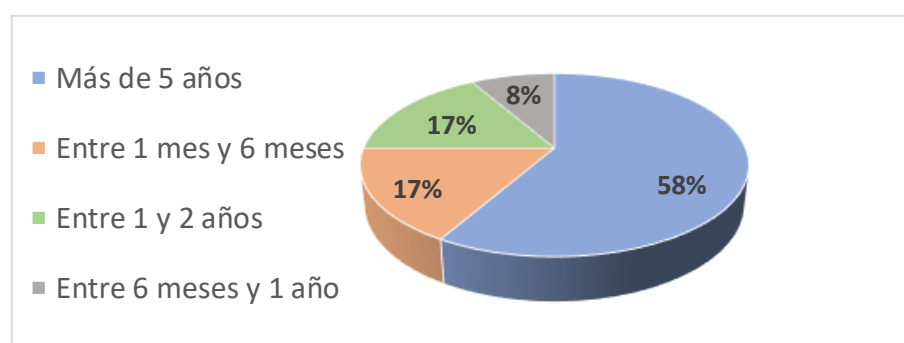


Figura 1. Tiempo que tardan el pedir ayuda profesional

Los motivos por los cuales solicitaron ayuda profesional son múltiples. El 75% del total de la muestra había cometido ya un delito y quería entender lo que le pasaba. De este 75%, el 33,3%, solicitó ayuda profesional para no volver a abusar de un menor.

Por otro lado, tal y como se muestra en la figura 2, el 42% de los participantes, acudieron a entre 2 y 3 profesionales antes de recibir ayuda especializada, el 33% tan solo a un profesional y el 25% a más de 5 profesionales, antes de recibir ayuda especializada.

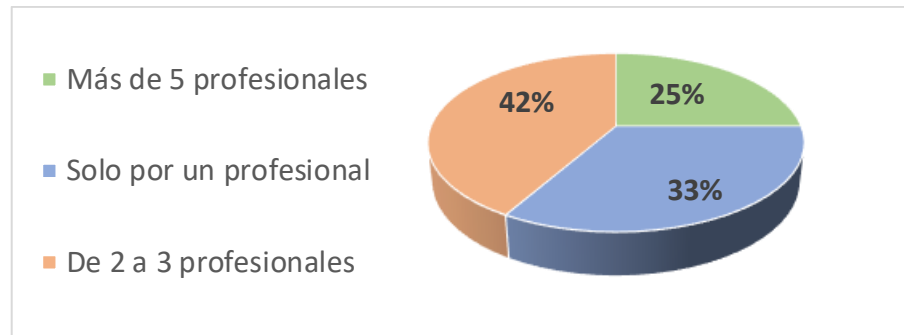


Figura 2. Número de profesionales por los que pasan antes de recibir ayuda especializada

En relación con la percepción de soledad, según los resultados del cuestionario ad hoc, la totalidad de la muestra reconoce sentirse sola, en mayor o menor medida, incluso cuando está rodeado de otras personas. En cuanto a la percepción global de soledad, calculada a partir de la suma de los tres ítems del cuestionario ad hoc (“Aunque esté rodeado de gente me siento solo”; “Tengo pocas personas que me apoyen”; “Siento que tengo poca gente cercana”), la muestra presentó una media de 5,0 puntos (dt = 2,26), con valores que oscilaron entre un mínimo de 3 y un máximo de 9. Lo que indica que al menos la mitad de los participantes puntuaron por encima de un nivel moderado de soledad percibida. De acuerdo con la clasificación establecida (Nada=0; Baja=1–3; Media=4–6; Alta=7–9), el 42 % de los participantes se ubicó en el nivel de soledad baja, el 33 % en nivel medio, y el 25 % en nivel alto. Ningún participante reportó una ausencia total de soledad percibida (figura 3).

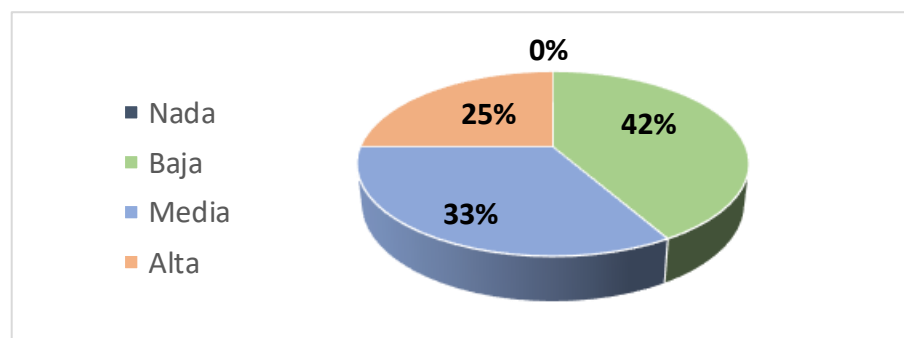


Figura 3. Porcentajes ítems soledad percibida (cuestionario ad hoc)

Estos resultados sugieren que, en general, los sujetos del estudio manifiestan una sensación de soledad percibida moderada, con cierta variabilidad individual. Aunque no todos los

participantes experimentan la soledad de forma intensa, sí se observa una tendencia hacia el malestar relacionado con la desconexión social y afectiva, especialmente en aquellos con puntuaciones más elevadas, identificándose el 100% de la muestra con la impresión de soledad aun estando acompañados, el 83,4% con la sensación de tener pocas personas que les apoyen y el 83,3% con la sensación de tener poca gente cercana.

Respecto a la categoría de estigma percibido del cuestionario ad hoc, se extrae que todos los participantes de la muestra perciben una mala aceptación social con respecto a su preferencia sexual. Concretamente, el 100% de ellos, piensa que la sociedad los ve de forma negativa, atribuyéndoles diferentes descalificativos como “monstruos”, “enfermos”, “depredadores”, “malas personas” y asumiendo que, por tener esta condición, necesariamente acabarían abusando. Asimismo, el 41,7% de los sujetos, considera que las personas que tienen una inclinación sexual pedófila son personas “normales”, no obstante, el 66,7% de la muestra total, además, percibe a las personas que se sienten atraídas por menores como diferentes o potencialmente peligrosos para los menores.

Con relación a la autopercepción, observamos diferentes grados de aceptación por parte de los participantes en el estudio. Tan solo el 16,7% de ellos se sienten personas “normales”, el resto (83,3%), se siente desde incómodos, diferentes del resto o personas potencialmente peligrosas para los menores.

Por otro lado, el 25% de los sujetos, cree que una inclinación sexual pedófila no tiene por qué estar relacionada con una conducta sexual abusiva hacia menores, en cambio, el resto de los encuestados (75%), se muestran en mayor o menor medida, de acuerdo con la idea de que un pedófilo siempre sucumbirá a sus fantasías sexuales, abusando de un menor.

Asimismo, el 25% de los sujetos, refieren, en mayor o menor medida, no haberse sentido comprendidos por algún profesional, mientras que el 75% de ellos, nunca se ha sentido rechazado explícitamente por un profesional.

Respecto a la última categoría del Cuestionario ad hoc, estrategias de afrontamiento, observamos que el 100% de la muestra utiliza algún tipo de estrategia o conducta de evitación ante impulsos, fantasías sexuales o situaciones de riesgo, entre las que podríamos destacar; no utilizar el ordenador sin motivo justificado, aceptar el hecho de que el impulso o pensamiento existe y dejarlo pasar, redirigir el pensamiento sexual hacia personas mayores

de edad, cortar el pensamiento y redirigirlo hacia otra cosa, o hablar con una persona de confianza, entre otras. Cabe destacar que el 33,3% de los encuestados también utiliza la masturbación como estrategia para relajar o acabar con la fantasía.

Finalmente, resulta interesante realizar un análisis cualitativo de las manifestaciones realizadas en el Cuestionario ad hoc por los participantes en el estudio, del que extraemos lo siguiente; aproximadamente el 50% de los sujetos manifestaron que algunas de las características comunes que han encontrado entre personas, que, como ellos, se sienten atraídas por menores y han cometido un delito son; poca red social, baja autoestima y disponer de mucho tiempo libre.

6.1.2. Escala de Autoestima de Rosenberg

En relación con los resultados de la Escala de Autoestima de Rosenberg (tabla 2), la muestra obtuvo una puntuación media de 27,92 (dt= 3,58) con una puntuación mínima de 22 y una máxima de 35.

Tabla 2. Resultados escala de autoestima de Rosenberg

	N	Media	Mediana	dt	Mínimo	Máximo	Shapiro-Wilk	
							w	p
Autoestima	12	27,9	27,5	3,58	22	35	0,952	0,663

Nota: dt = Desviación típica

Tal y como se muestra en la figura 4, se observa que el 58% de los encuestados, presentan una autoestima con valores medios, con puntuaciones que oscilan entre 26 y 29. Estas puntuaciones se relacionan con sujetos que no presentan problemas graves de autoestima, aunque tampoco están situados en el rango de la normalidad. El 25% de ellos, muestran puntuaciones bajas (25 o menos), lo que indica problemas significativos de autoestima. Finalmente, el 17% restante muestra puntuaciones altas de autoestima (entre 30 y 40 puntos), situándose dentro de lo que se considera una autoestima normal.

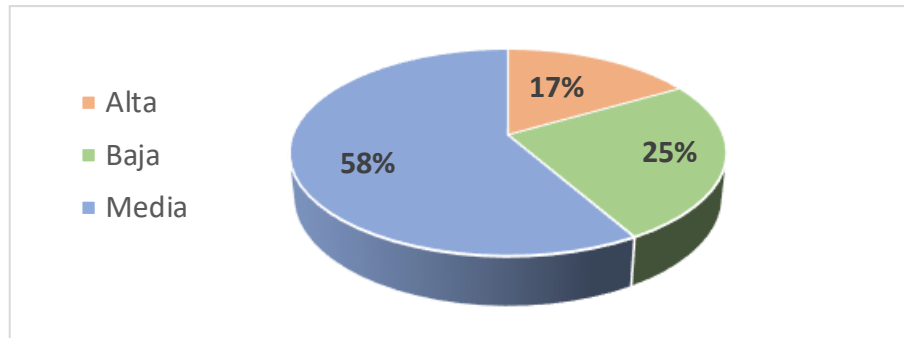


Figura 4. Porcentajes de la escala de autoestima de Rosenberg

6.1.3. Escala Este II de soledad social

Respecto a los resultados de la Escala Este II de soledad social (tabla 3), la muestra obtuvo una media de 14,6 puntos (dt=4,17), siendo la puntuación mínima de 7 y la máxima de 20. Tal y como se muestra en la tabla 3, los resultados se presentan mediante medias y desviaciones típicas, dado que cumplen con el supuesto de normalidad ($p > 0,05$).

Tabla 3. Resultado de escala Este II de soledad social

	N	Media	Mediana	dt	Mínimo	Máximo	Shapiro-Wilk	
							w	p
Soledad	12	14,6	15,0	4,17	7	20	0,930	0,381

Nota: dt = Desviación típica

Se destaca que el 83% de los encuestados, presentan puntuaciones que oscilan entre los 11 y los 20 puntos, correspondiente a niveles medios de soledad social, de acuerdo con el baremo de la escala, mientras que el 17% presentan niveles de soledad bajos. Ningún sujeto presentaría puntuaciones altas en soledad social (Figura 5).

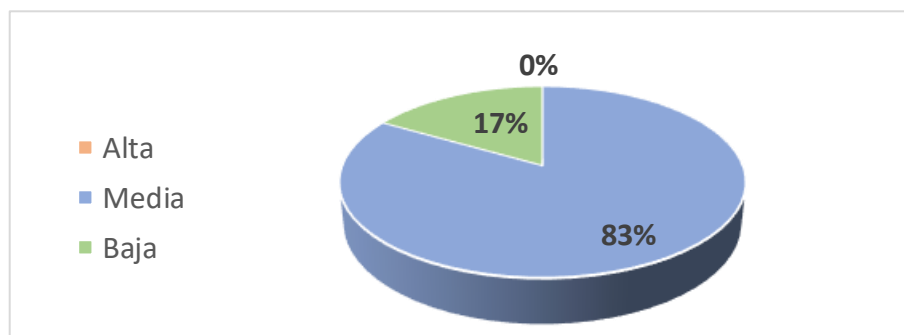


Figura 5. Porcentajes de la escala Este II de soledad social

6.1.4. Escala MOLEST

En la tabla 4 se muestran los resultados de la escala MOLEST, en la que se observan puntuaciones que fluctúan de los 50 a los 113 puntos (teniendo en cuenta que la puntuación va de un mínimo de 37 y un máximo de 148) con una puntuación media de 76,9 (dt=22,1). Dado que esta escala no tiene un punto de corte fijo, pero sí indica que, a mayor puntuación, mayor presencia de distorsiones cognitivas, los resultados sugieren una variabilidad considerable en la tendencia de los sujetos a justificar, minimizar o normalizar la actividad sexual con menores.

Tabla 4. Resultados escala MOLEST

	N	Media	Mediana	dt	Mínimo	Máximo	Shapiro-Wilk	
							W	p
Escala Molest	12	76,9	77,0	22,1	50	113	0,898	0,148

Nota: dt = Desviación típica; W: coeficiente W de Shapiro-Wilk

Al comparar los resultados con la media de 92,5, que corresponde al valor medio entre la puntuación más alta y la más baja del test, se observa que el 66,7% de los sujetos presentan puntuaciones inferiores a este valor, lo que sugiere una menor presencia de distorsiones cognitivas en la muestra. Sin embargo, un 33,3% de los participantes obtienen puntuaciones superiores a 92,5 (puntuaciones de 113, 105, 95 y 93), lo que podría indicar una mayor tendencia a la justificación, racionalización, o minimización de estas conductas. Por otro lado, el 33% de la muestra presenta las puntuaciones más bajas, oscilando entre 50 y 69, lo que sugiere niveles reducidos de distorsiones cognitivas y, por tanto, una menor inclinación a justificar o normalizar la actividad sexual con menores. Finalmente, un 17% de los sujetos muestra puntuaciones ligeramente inferiores a la media (92,5), pero aun relativamente elevadas (puntuaciones de 85 y 88), situándose cerca del umbral establecido (figura 6). La dispersión observada en los resultados refleja diferencias individuales en la aceptación o racionalización de estas conductas, lo que puede tener importantes implicaciones clínicas y forenses en la evaluación del riesgo y en el diseño de posibles intervenciones.

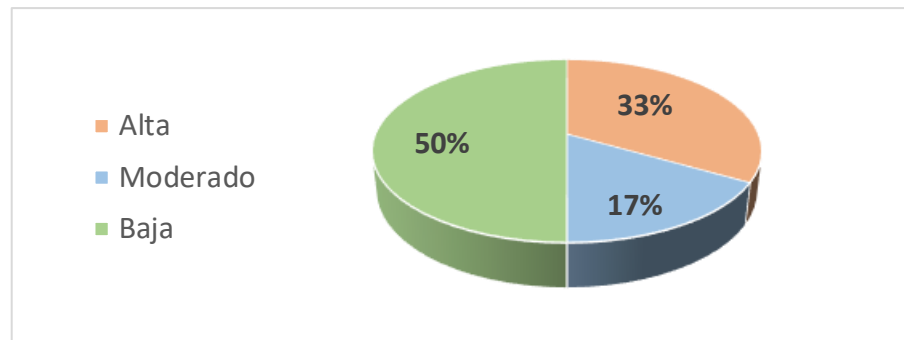


Figura 6. Porcentajes de puntuaciones de la escala MOLEST

6.1.5. Test SCL-90-R

Finalmente, se presentan los resultados obtenidos para cada una de las subescalas del test SCL-90-R (tabla 5). Como ya se ha comentado anteriormente, todas las subescalas siguen una distribución normal, a excepción de la subescala FOB ($p < 0,05$).

Tabla 5. Puntuaciones obtenidas en las distintas escalas sintomáticas test SCL-90-R

	Media (dt)	Mínimo	Máximo	Shapiro-Wilk	
				W	p
SOM	44,8 (7,08)	34	58	0,969	0,901
OBS	56,8 (5,05)	47	67	0,909	0,207
INT	57,3 (5,33)	50	70	0,891	0,122
DEP	57,1 (4,47)	51	67	0,868	0,061
ANS	50,3 (6,62)	40	60	0,941	0,506
HOS	51,8 (4,06)	42	57	0,881	0,090
FOB	53,0 (49,8 – 55,8) **	34	60	0,826	0,019
PAR	53,6 (8,60)	34	70	0,894	0,132
PSI	56,8 (3,69)	50	63	0,886	0,104
GSI	55,0 (4,90)	47	63	0,943	0,533
PST	58,6 (6,43)	47	67	0,928	0,358
PSDI	49,5 (4,12)	45	58	0,877	0,080

Nota: dt = Desviación típica; ** En este caso se presenta la mediana y rango intercuartílico (debido a la distribución no normal)

A continuación, se realiza un análisis general de las puntuaciones obtenidas en las distintas escalas sintomáticas (figura 7).

Los resultados muestran una variabilidad en la sintomatología experimentada por los participantes. En la escala de obsesión-compulsión (OBS), el 83% de los sujetos presentan síntomas moderados (puntuaciones mayores a 55), lo que indica un patrón de personalidad ligeramente obsesivo, con presencia de pensamientos e impulsos difíciles de evitar o eliminar, considerados indeseados y generadores de intensa angustia. Destaca un sujeto que presenta malestar significativo en esta dimensión (OBS=67).

En la escala de sensibilidad interpersonal (INT), el 75% de ellos presentan puntuaciones moderadas, lo que sugiere que estos individuos pueden sentirse tímidos, con tendencia a percibirse como inferiores a los demás y con una marcada inhibición en las relaciones interpersonales.

En la escala de depresión (DEP), el 75% presentan puntuaciones moderadas, mientras que un sujeto, muestra una puntuación clínicamente significativa (DEP=67). Esto sugiere la presencia de vivencias disfóricas, sentimientos de desesperanza e impotencia y la posible existencia de tensión emocional. De manera similar, en la escala de ansiedad (ANS), el 25% de los sujetos, presentan puntuaciones moderadas, reflejando, en estos sujetos en concreto, la existencia de miedos generalizados y respuestas de tensión emocional.

En la escala de hostilidad (HOS), el 25% presentan puntuaciones moderadas, lo que podría indicar niveles moderados de irritabilidad. En cuanto a la ansiedad fóbica (FOB), el 42% presentan puntuaciones moderadas, lo que sugiere la presencia de miedos irracionales que pueden influir en su comportamiento y bienestar.

En la escala de paranoia (PAR), el 50% de ellos presentan puntuaciones moderadas (55-64), mientras que un sujeto, muestra sintomatología clínicamente significativa (PAR=70), lo que podría estar relacionado con la presencia de pensamientos de desconfianza, suspicacia o preocupación excesiva por la percepción que los demás tienen de ellos en diferentes grados.

En la escala de psicoticismo (PSI), el 92% de los encuestados presentan síntomas moderados, lo que indica la presencia de sentimientos de aislamiento, pensamientos negativos sobre sí mismos y dificultades para experimentar cercanía con los demás.

Por último, respecto a los índices globales, la puntuación del índice de síntomas positivos (PST) sugiere la presencia de sintomatología psicológica en distintos grados, pero sin una tendencia clara a la exageración sintomática. Asimismo, el índice de malestar de los síntomas positivos

(PSDI) muestra que, aunque algunos participantes experimentan malestar significativo, la intensidad general de los síntomas no es extrema.

En conclusión, los resultados reflejan una distribución heterogénea de los síntomas psicológicos en la muestra. Se observan niveles moderados a elevados en obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión y psicoticismo, lo que sugiere la presencia de pensamientos intrusivos, dificultades en las relaciones interpersonales y posibles sentimientos de aislamiento y desesperanza. No obstante, los índices globales indican que, si bien algunos sujetos presentan malestar significativo, no se observa una tendencia clara a la simulación o exageración sintomática.

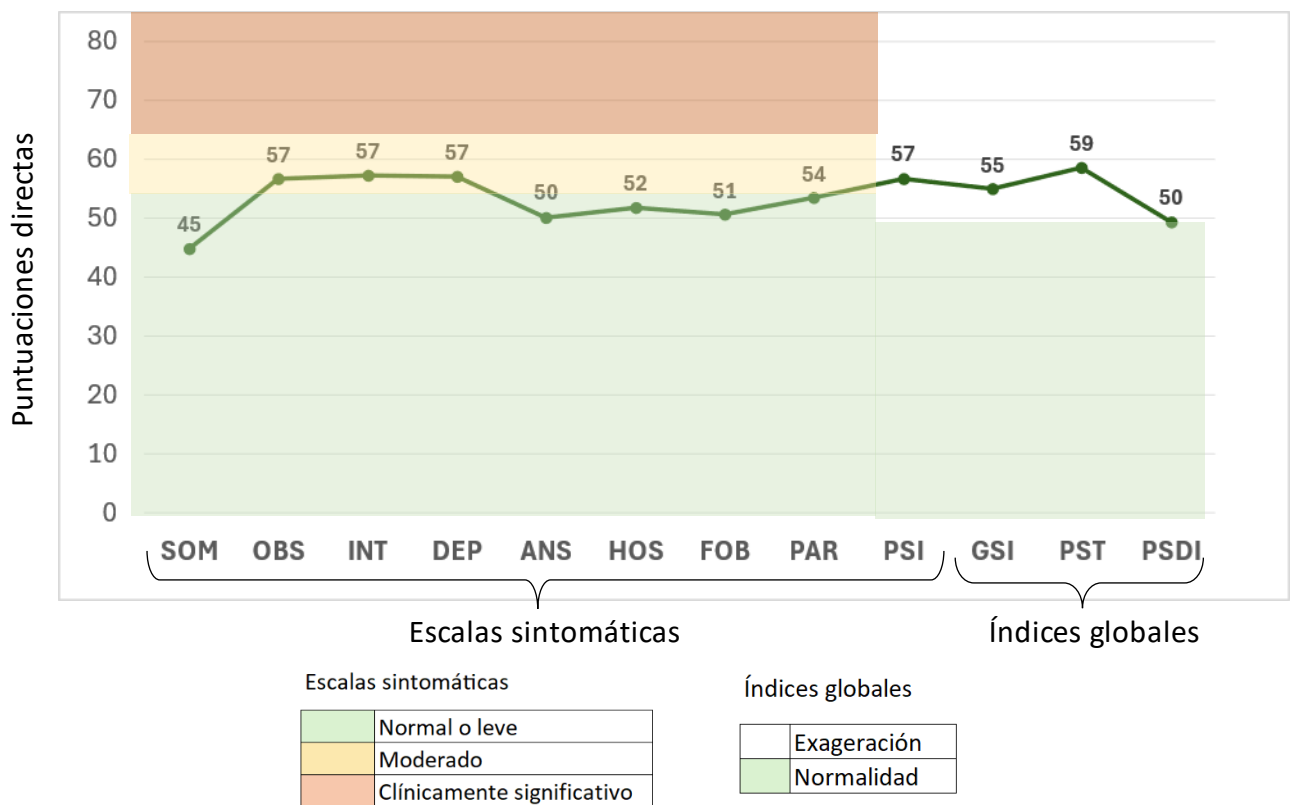


Figura 7. Gráfico de las puntuaciones medias de cada subescala del test SCL-90-R

Finalmente, se analizan los ítems de alerta de la lista de síntomas SCL-90-R (tabla 6). Estos síntomas son tan raros en la población general, que su presencia debe tenerse en cuenta a la hora de valorar el estado psicológico de la persona evaluada, independientemente de las consideraciones que se deriven de los índices globales.

En primer lugar, destaca la aparición del ítem 84. "Pensamientos sobre el sexo que le inquietan bastante", clasificado en la escala de Psicoticismo, en el 91,7% de los encuestados, con diferentes grados de intensidad (tabla 6). Esto sugiere que una gran mayoría de la muestra

experimenta pensamientos sexuales que les genera un alto nivel de malestar y preocupación. Por otro lado, el 50% de la muestra presenta pensamientos suicidas en mayor o menor medida, lo que indica una preocupante presencia de ideación suicida en esta población, con posibles implicaciones clínicas relevantes.

Por otro lado, el ítem 85, "Debería ser castigado por sus pecados", de la escala de PSI, aparece en el 83,3% de la muestra, lo que sugiere sentimientos de culpa intensos y una posible tendencia a la auto denigración. En cuanto a la percepción de que "Los demás se dan cuenta de sus pensamientos" (ítem 35, también de la escala de PSI), esta idea está presente en el 58,3% de la muestra, lo que podría estar relacionado con ideas de referencia o pensamientos paranoides. Estos resultados sugieren que una proporción significativa de la muestra evaluada experimenta sintomatología preocupante en relación con pensamientos sexuales intrusivos, ideación suicida y sentimientos de culpa, así como algunos indicios de sintomatología psicótica en una parte de los participantes.

Tabla 6. Ítems de alarma test SCL-90-R

	Nada	Poco	Moderadamente	Bastante	Mucho
15. Pensamientos suicidas	50%	17%	17%	17%	0%
35. Los demás se dan cuenta de sus pensamientos	42%	33%	17%	0%	8%
84. Pensamientos sobre el sexo que le inquietan bastante	8%	25%	50%	17%	0%
85. Debería ser castigado por sus pecados	17%	33%	25%	0%	25%

6.2. Resultados de fiabilidad.

Adicionalmente, se llevó a cabo la traducción al castellano de la escala MOLEST con el fin de aplicarla en la presente investigación. Posteriormente, se evaluó su consistencia interna en la muestra española utilizada. En línea con otros estudios citados en el apartado "5.3. Instrumentos", la escala mostró una alta consistencia interna, con un alfa de Cronbach de 0,96, lo que indica una excelente fiabilidad. No obstante, se observó que el ítem 29 ("Si una persona se dice a sí misma que no volverá a abusar o a realizar ninguna actitud relacionada

con un abuso sexual, probablemente no lo volverá a hacer”) presentó una correlación negativa con el total de la escala.

6.3. Análisis Correlacional.

Con el objetivo de examinar las posibles asociaciones entre las variables psicopatológicas evaluadas, se ha realizado un análisis correlacional utilizando los coeficientes de Pearson y Spearman, según corresponga de acuerdo a la distribución de los datos.

En la tabla 7, se presenta la matriz de correlaciones entre las distintas variables del estudio.

Se han resaltado aquellas correlaciones estadísticamente significativas ($p < 0,05$), y se ha clasificado el grado de asociación en muy leve ($r = 0,00$ a $0,39$), moderada ($r = 0,40$ a $0,69$), fuerte ($r = 0,70$ a $1,00$).

Tabla 7. Matriz de correlaciones entre las diferentes variables estudiadas

		Autoestima	Soledad	MOLEST	SOM	OBS	INT	DEP	ANS	HOS	FOB	PAR	PSI	GSI	PST	PSDI
Autoestima	r	—														
	p	—														
Soledad	r	0,022	—													
	p	0,946	—													
Escala Molest	r	0,057	0,077	—												
	p	0,859	0,813	—												
SOM	r	0,103	0,232	-0,510	—											
	p	0,749	0,469	0,090	—											
OBS	r	0,326	-0,243	-0,611*	0,225	—										
	p	0,301	0,446	0,035	0,482	—										
INT	r	0,187	0,308	-0,051	0,278	0,489	—									
	p	0,560	0,330	0,875	0,381	0,106	—									
DEP	r	0,091	-0,030	-0,184	0,168	0,599*	0,756*	—								
	p	0,778	0,926	0,566	0,602	0,040	0,004	—								
ANS	r	0,362	0,004	-0,259	0,761*	0,337	0,446	0,424	—							
	p	0,248	0,990	0,416	0,004	0,285	0,146	0,170	—							
HOS	r	0,330	0,559	0,100	0,157	0,153	0,506	0,457	0,140	—						
	p	0,295	0,059	0,757	0,626	0,635	0,093	0,135	0,664	—						
FOB	Rho	0,000	-0,282	-0,332	0,397	0,517	0,057	0,018	0,509	-0,027	—					
	p	0,875	0,299	0,083	0,194	0,126	0,922	0,649	0,187	0,970	—					
PAR	r	0,368	0,190	0,217	-0,048	0,360	0,604*	0,463	0,289	0,565	0,217	—				
	p	0,239	0,554	0,499	0,883	0,251	0,038	0,129	0,361	0,056	0,498	—				
PSI	r	-0,263	-0,384	-0,439	0,465	0,388	0,391	0,488	0,597*	-0,281	0,583*	0,115	—			
	p	0,409	0,218	0,154	0,128	0,212	0,209	0,108	0,040	0,376	0,047	0,722	—			
GSI	r	0,415	0,085	-0,370	0,550	0,732*	0,731*	0,671*	0,729*	0,525	0,569	0,656*	0,483	—		
	p	0,180	0,794	0,237	0,064	0,007	0,007	0,017	0,007	0,080	0,053	0,020	0,112	—		
PST	r	0,295	0,169	-0,177	0,443	0,585*	0,523	0,361	0,485	0,449	0,506	0,758*	0,261	0,808*	—	
	p	0,353	0,599	0,582	0,149	0,046	0,081	0,249	0,110	0,143	0,093	0,004	0,412	0,001	—	
PSDI	r	-0,083	-0,034	-0,356	0,427	0,221	0,329	0,647*	0,441	0,228	0,260	-0,186	0,490	0,369	-0,115	—
	p	0,797	0,915	0,256	0,167	0,491	0,296	0,023	0,151	0,476	0,414	0,563	0,106	0,238	0,722	—

Nota: * $p < 0,05$, $p = p$ valor, $r = r$ de Pearson, $Rho = Rho$ de Spearman

Los análisis de correlación realizados demostraron correlaciones con significancia estadística ($p < 0,05$) categorizados como **correlaciones fuertes** para las variables depresión (DEP) e introversión (INT) ($r = 0,756$, $p = 0,004$), así como entre ansiedad (ANS) y somatización (SOM) ($r = 0,761$, $p = 0,004$), lo cual sugiere que la sintomatología depresiva y ansiosa se relaciona estrechamente con el retraimiento social y la expresión somática del malestar, respectivamente.

El Índice Global de Severidad (GSI) muestra correlaciones positivas fuertes con múltiples subescalas (OBS, INT, ANS,), lo que indica que un mayor malestar global, se manifiesta a través de múltiples síntomas psicológicos.

Finalmente, el total de síntomas positivos (PST) presentan asociaciones significativas, especialmente con la paranoia (PAR) ($R = 0,758$, $p = 0,004$) y el GSI ($r = 0,808$, $p = 0,001$) lo que indica un patrón consistente entre mayor cantidad e intensidad de síntomas y dimensiones psicopatológicas específicas.

Por otro lado, los análisis de correlación demostraron correlaciones con significancia estadística ($p < 0,05$) categorizados como **correlaciones moderadas** para las siguientes variables: MOLEST (distorsiones cognitivas) y la subescala de obsesiones (OBS) ($r = -0,611$, $p = 0,035$), lo que sugiere que, a mayores pensamientos erróneos o justificativos, menor es la sintomatología en obsesiones. Obsesión (OBS) y depresión (DEP) ($r = 0,59$, $p = 0,04$). Esto sugiere que un mayor malestar obsesivo se encuentra estrechamente relacionado con una mayor sintomatología depresiva. La correlación entre introversión (INT) e ideación paranoide (PAR) fue también moderadamente significativa ($r = 0,604$, $p = 0,038$). Esto indica que el retraimiento social y la tendencia hacia la introversión se asocian con una mayor presencia de ideación paranoide. Se halló una correlación significativa entre psicoticismo (PSI), ansiedad (ANS) ($r = 0,597$, $p = 0,040$) y ansiedad fóbica (FOB) ($r = 0,583$, $p = 0,047$) lo que sugiere que síntomas de ansiedad podrían estar relacionados con presencia de sentimientos de aislamiento, pensamientos negativos sobre sí mismos y dificultades para experimentar cercanía con los demás. El Índice Global de Severidad (GSI) muestra correlaciones para las subescalas DEP ($r = 0,671$, $p = 0,017$) y PAR ($r = 0,656$, $p = 0,020$), lo que sugiere que un mayor malestar global se manifiesta a través de múltiples síntomas psicológicos. El total de síntomas positivos (PST) presentó una correlación significativa con somatización (SOM) ($r = 0,443$,

$p=0,149$); aunque la relación es moderada, indica que la cantidad de síntomas generales tiende a asociarse con la manifestación somática del malestar psicológico.

Finalmente, se encontró una correlación significativa entre el Índice de Intensidad Sintomática (PSDI) y la depresión (DEP) ($r=0,647$, $p=0,023$). Este hallazgo podría sugerir que la intensidad de los síntomas psicológicos se correlaciona con un mayor malestar depresivo.

Destacan múltiples correlaciones positivas significativas entre subescalas del SCL-90-R, lo que indica que los síntomas tienden a presentarse conjuntamente.

No se encontraron correlaciones significativas entre las variables soledad y autoestima; autoestima con las subescalas de depresión (DEP), ansiedad (ANS) o sensibilidad interpersonal (INT); soledad con sensibilidad interpersonal (INT), depresión (DEP) y ansiedad (ANS).

7. Discusión

En este estudio el objetivo general fue medir en qué medida variables como la soledad, los trastornos emocionales, las relaciones interpersonales, las distorsiones cognitivas o la autoestima, asociadas al estigma, están presentes en la muestra estudiada.

En primer lugar, destaca el hecho de que el 100% de la muestra recogida son personas del género masculino. Estos resultados van en la línea de lo que expone la literatura científica, en la que se evidencia que, la mayoría de las personas que presentan una parafilia de tipo pedófilo, así como la población destinataria de los servicios de atención especializada, son hombres. Asimismo, se ha encontrado, entre los participantes en el estudio, no solo personas que presentan criterios de pedofilia, sino también, inclinaciones sexuales de tipo hebéfilo y efebófilo, lo que evidencia la gran variedad existente dentro de la atracción sexual hacia menores, variedad que no se encuentra representada en el Manual Diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5-TR) y cuyo diagnóstico constituye el principal factor de riesgo para la reincidencia sexual contra víctimas menores.

Se observa además que el 75% de los participantes en el estudio solicitaron ayuda especializada únicamente después de haber cometido un delito sexual, y tras más de cinco años de haber experimentado los primeros indicios del problema. Este hallazgo es coherente con lo ya señalado anteriormente por autores como West (2000), Harper y Hogue (2015) o Cantor y McPhail (2016) quienes refieren que muchas de las personas con una inclinación sexual pedófila, tienden a ocultar sus intereses sexuales, evitando pedir ayuda o acudir a un

profesional, aumentando así, la aparición de factores de riesgo que podrían llevarlos a cometer un delito sexual, como se ha encontrado en la muestra analizada. Por ello, que resulta fundamental centrarse en la detección temprana de este colectivo, impulsando campañas de concienciación no punitivas, divulgación o a través de entidades especializadas, que ofrezcan un espacio libre de estigmas, prejuicios o tabús, con el objetivo, de que estas personas puedan pedir ayuda voluntariamente antes de que, como se observa en la muestra, cometan un delito.

En relación con el apoyo profesional recibido, si bien solo el 25% de los participantes manifestó haberse sentido poco comprendido por algún profesional al que acudió, este dato no refleja una tendencia mayoritaria en la muestra. Sin embargo, el hecho de que una cuarta parte de los sujetos haya experimentado esta percepción sigue siendo un indicador relevante, especialmente si se considera que la muestra es pequeña y, por tanto, no necesariamente representativa del conjunto de personas con atracción sexual hacia menores. Aunque estos resultados no coinciden plenamente con los hallazgos de estudios internacionales como los de Alanko et al. (2014) o Stiels-Glenn (2010), donde la percepción de incompreensión es más generalizada, sí refuerzan la necesidad de seguir promoviendo la formación especializada y ofreciendo un abordaje terapéutico libre de prejuicios y estigmas, que garantice un espacio seguro y de confianza donde estas personas puedan solicitar ayuda sin temor al rechazo.

Por otro lado, respecto a la autoestima, los resultados obtenidos sí son más consistentes con lo reportado por Seto (2008) y Whitaker et al. (2008), quienes vinculan la baja autoestima con la aparición de conductas sexuales de riesgo en esta población. En esta muestra, el 58% de los participantes mostró dificultades en este aspecto, y el 25% presentó niveles considerados graves. Este malestar podría explicarse por el fuerte estigma percibido, tal y como indica la literatura. De hecho, todos los sujetos consideraron que existe un fuerte rechazo social hacia las personas con atracción sexual hacia menores, y un 75% compartió la creencia de que cualquiera que sienta esta atracción acabará necesariamente cometiendo un delito. Esta visión negativa y estigmatizante, presente también en trabajos de Jahnke y Hoyer (2013) y Jahnke et al. (2015), puede erosionar profundamente la autoestima y limitar la posibilidad de una búsqueda de ayuda temprana y efectiva.

En cuanto a la experiencia de soledad, los resultados de la Escala Este II no reflejan datos alarmantes a nivel estadístico, sí se detectan sentimientos de aislamiento a través de los relatos cualitativos y el cuestionario ad hoc. Todos los participantes mencionaron sentirse

solos, incluso cuando estaban acompañados, y percibir una red social escasa o poco significativa. También identificaron variables personales que, en su opinión, incidieron en el delito, como la falta de vínculos, el tiempo libre excesivo, la baja autoestima o el retraimiento social. Estos factores ya han sido identificados como de riesgo en modelos ampliamente validados como el de Riesgo-Necesidad-Responsividad (RNR) de Andrews y Bonta (2016) y en los trabajos de Mann et al. (2010) o Jahnke et al. (2015). Así mismo, muchos programas de intervención para personas que han cometido delitos sexuales incluyen módulos orientados a construir un estilo de vida positivo y fomentar el uso prosocial y saludable del tiempo libre.

Respecto al apoyo entre iguales, se observó que el 75% de los participantes ha recurrido en algún momento a personas con inclinaciones similares, obteniendo algo positivo de esta experiencia. Sin embargo, es importante atender a la naturaleza de ese apoyo. Tal como advierten Holt et al. (2010), algunas comunidades online pueden convertirse en espacios que perpetúan creencias distorsionadas o fomentan el delito. Por tanto, sería necesario establecer mecanismos de regulación, como la presencia de moderadores o profesionales especializados que garanticen que los espacios de apoyo no se conviertan en lugares donde se justifique el abuso, sino en verdaderos recursos preventivos que promuevan la responsabilidad y la búsqueda de ayuda terapéutica.

Respecto a las distorsiones cognitivas evaluadas mediante la traducción al castellano de la escala MOLEST (hipótesis 3), no se encontraron en la muestra analizada puntuaciones altas (mayores a 92,5, que corresponde al valor medio entre la puntuación más alta y la más baja del test) en distorsiones cognitivas en el 67% de la muestra. Lo cual parecería indicar que, en más de la mitad de la muestra, no habría actitudes favorables, justificaciones, minimizaciones o excusas relacionadas con la actividad sexual con menores, aspecto que, como señalan algunos autores, constituiría un factor de riesgo para la reincidencia sexual (Mann et al., 2007, 2010). La ausencia de distorsiones cognitivas podría explicarse por varios factores: en primer lugar, el instrumento utilizado para medir esta variable es un cuestionario autoinformado, que resultaría fácilmente manipulable y que no tiene en cuenta factores como la deseabilidad social, que podrían sesgar los resultados, aspecto que juega un importante papel cuando se trata de medir variables tan estigmatizadas como serían las relaciones sexuales con menores. Asimismo, tal y como se ha visto con anteriores variables, la ausencia de actitudes de apoyo al delito podría estar relacionada con el efecto tratamiento, es decir, que la terapia

especializada realizada con estos sujetos o el acompañamiento por parte de asociaciones especializadas pudiera haber incidido sobre este factor de riesgo, reduciéndolo considerablemente. Finalmente, podría ser que el porcentaje señalado de los participantes en este estudio, no presentasen este tipo de distorsiones cognitivas per se.

Adicionalmente, en lo que respecta a la escala MOLEST, se realizó su traducción al castellano y se evaluó su consistencia interna en esta población. Los resultados, mostraron un alfa de Cronbach de 0,96, lo cual indica una excelente fiabilidad interna, en línea con otros estudios previos que han validado la escala en distintas lenguas y contextos. No obstante, se detectó que el ítem 29 presentaba una correlación negativa con la puntuación total, lo que sugiere que podría estar formulado en sentido inverso y requerir su reversión en futuras aplicaciones.

Por otra parte, aunque se podría esperar una mayor sintomatología clínica (hipótesis 1), lo cierto es que, en términos generales, la mayoría de los participantes evaluados mediante el SCL-90-R no presentaron niveles elevados de malestar psicológico global (puntuaciones ≥ 65). Sin embargo, al analizar ítems específicos del instrumento, se observa que un 91,7% de la muestra reportó distintos grados de malestar en el ítem de alarma "Pensamientos sobre el sexo que le inquietan bastante" y el 83,3% con el ítem "Debería ser castigado por sus pecados". Este resultado sugiere que, si bien no se manifiesta una sintomatología generalizada, sí existen fuentes puntuales de malestar psicológico, culpa y autodenigración, posiblemente asociadas a la vivencia de una atracción sexual experimentada como negativa, intrusiva o conflictiva, lo que pone en relieve la necesidad de un abordaje clínico que contemple estos aspectos particulares.

Finalmente, atendiendo a los análisis de correlación, estos revelaron asociaciones significativas entre distintas subescalas del SCL-90-R. Se observaron correlaciones fuertes entre depresión (DEP) e introversión (INT), así como entre ansiedad (ANS) y somatización (SOM), lo cual podría sugerir que la sintomatología depresiva y ansiosa se relaciona estrechamente con el retraimiento social y la expresión somática del malestar, respectivamente. Asimismo, el Índice Global de Severidad (GSI) mostró correlaciones positivas fuertes con múltiples subescalas (OBS, INT, ANS), lo que respalda su función como indicador de malestar psicológico general. De igual forma, el total de síntomas positivos (PST) presentó asociaciones significativas, especialmente con la subescala de ideación paranoide (PAR) y el GSI, lo que indica un patrón consistente entre la cantidad e intensidad de síntomas y ciertas

dimensiones psicopatológicas específicas. Estos hallazgos son coherentes con lo planteado por Stiels-Glenn (2010), quien teorizó que las personas con atracción sexual hacia menores suelen experimentar una carga psicológica relevante, particularmente en forma de ansiedad, retraimiento y pensamientos paranoides, como resultado del estigma percibido y del miedo constante a ser descubiertos o rechazados socialmente.

En lo que respecta a las hipótesis de correlación planteadas inicialmente, los resultados que se han obtenido no respaldan las hipótesis 1, 2 y 4 ya que no se han hallado correlaciones estadísticamente significativas entre las variables propuestas en dichas hipótesis. Específicamente, no se evidenció una relación significativa entre autoestima y sensibilidad interpersonal (INT) (hipótesis 1) ni entre soledad y las subescalas de depresión (DEP), ansiedad (ANS) y sensibilidad interpersonal (INT) del SCL-90-R (hipótesis 4). Concretamente, respecto a la hipótesis 4, cabe destacar que, aunque el 75% de la muestra obtuvo puntuaciones moderadas en la subescala de sensibilidad interpersonal (INT), este indicador no se relacionó de forma significativa con la variable soledad, puesto que no se obtuvieron puntuaciones altas (≥ 21) en soledad, lo cual contrasta con lo señalado en investigaciones previas (Moulding et al., 2021; Jahnke y Hoyer, 2013), donde se destaca que las dificultades en las habilidades sociales y la evitación interpersonal suelen asociarse a sentimientos de aislamiento, así como que las personas con atracción sexual hacia menores pueden experimentar elevados niveles de soledad derivados del miedo al rechazo y del aislamiento social autoimpuesto. Esto podría indicar la presencia de factores protectores o de intervención que están modulando esta relación en la muestra analizada, reforzando nuevamente la hipótesis de que el acompañamiento terapéutico especializado podría estar jugando un rol clave en la percepción y vivencia subjetiva de estas experiencias.

Del mismo modo, tampoco se encontraron asociaciones relevantes entre los niveles de soledad y autoestima (hipótesis 2).

Estas ausencias de correlación podrían explicarse por diversas razones. En primer lugar, la muestra utilizada es reducida, lo que limita considerablemente el poder estadístico del análisis y dificulta la detección de relaciones potenciales entre variables. En segundo lugar, como ya se ha comentado, es posible que factores como el momento del proceso terapéutico en el que se encuentran algunos participantes, o los recursos personales y sociales que han desarrollado

a lo largo del tratamiento, influyan en la atenuación de ciertos síntomas o experiencias subjetivas como la soledad o el malestar interpersonal.

7.1.Limitaciones

Resulta necesario señalar algunas limitaciones presentes en el estudio, que deben tenerse en cuenta, a la hora de interpretar y extrapolar los resultados. En primer lugar, puesto que se trata de una condición sexual muy estigmatizada, y pese a que se ha preservado el anonimato de los participantes, resulta difícil reclutar, voluntariamente, a un gran número de personas dispuestas a compartir y hablar, sobre su inclinación sexual pedófila. Debido a esto, la muestra que finalmente se pudo reclutar, es una muestra muy reducida y no representativa de este tipo de población, por lo que los resultados obtenidos no serían extrapolables. Del mismo modo, como se ha descrito anteriormente, el efecto tratamiento y una posible deseabilidad social podrían haber sesgado los resultados obtenidos. De cara a futuras líneas de investigación, sería interesante ampliar la muestra y ver en qué medida, el estigma social, influye en los factores de riesgo delictivo en este tipo de población, tal y como apuntan las hipótesis planteadas.

Asimismo, cabe señalar como limitación metodológica el uso de la Escala ESTE II de Soledad Social (Pinel et al., 2009), ya que fue originalmente validada en una muestra de personas mayores de 65 años de la provincia de Granada, mientras que la muestra utilizada en este estudio está compuesta por hombres con una media de edad de 42 años. Esta diferencia en el grupo poblacional puede afectar a la validez externa de los resultados obtenidos en relación con la variable soledad, ya que las manifestaciones, significados y consecuencias del aislamiento social pueden diferir sustancialmente entre estos dos grupos. No obstante, se optó por esta escala ya que se trataba de una herramienta validada en población española y que evaluaba específicamente el componente social de la soledad, un constructo relevante para este estudio. De cara a futuras investigaciones relacionadas con la presente, se recomienda que consideren el uso de instrumentos validados específicamente en población adulta general o en población clínica comparable a la muestra estudiada, con el fin de obtener mediciones más ajustadas a las características del grupo evaluado.

Por otro lado, no se ha explorado el tipo de delito sexual cometido, lo que resultaría interesante, de cara a determinar qué tipo de estigma, características o factores de riesgo,

comunes o no, presentan las personas que se identifican como pedófilas, y que cometen un delito relacionado con el visionado de material de explotación sexual infantil (MESI), o aquellas que, por otro lado, abusan sexualmente de un menor offline. En relación con lo mencionado, cabe señalar que en el cuestionario ad hoc utilizado no se incluyó ninguna pregunta que explorara específicamente si los participantes habían cometido un delito o no. No obstante, la pregunta 11, “¿Por qué decidiste pedir ayuda? Puedes marcar más de una respuesta”, incluía una opción que decía “porque ya había cometido un delito”, la cual algunos participantes marcaron. Sin embargo, el hecho de que no todos hayan seleccionado esta opción no implica necesariamente que no hayan cometido un delito. Es importante tener en cuenta que se trata de un tema altamente estigmatizado, lo que podría haber influido en las respuestas, dado que algunos participantes podrían haber minimizado o evadido esta información por temor a cualquier tipo de juicio. Por lo tanto, sería interesante en futuras investigaciones incorporar preguntas más específicas y directas sobre el tipo de delito cometido, lo que podría mejorar la precisión de los resultados y ofrecer una comprensión más clara de las características del colectivo estudiado.

Asimismo, en la línea de lo anteriormente mencionado, resultaría interesante obtener una muestra de personas que presentan una inclinación sexual pedófila y que no hayan cometido ningún delito de naturaleza sexual.

Finalmente, Este estudio se centra en una medida puntual del malestar psicológico, la soledad, la autoestima y otros factores en la población estudiada. Sin embargo, no se realizó un seguimiento longitudinal para evaluar cómo estos factores evolucionan a lo largo del tiempo, especialmente tras el tratamiento terapéutico. Un estudio con seguimiento permitiría observar cambios y posibles mejoras en las variables de interés y sería útil para determinar la eficacia de las intervenciones a largo plazo.

7.2. Prospectiva

A partir de los hallazgos obtenidos y teniendo en cuenta las limitaciones del presente estudio, se plantean diferentes líneas de investigación que podrían enriquecer el conocimiento sobre las personas con atracción sexual hacia menores y orientar futuros estudios relacionados.

En primer lugar, como ya se ha comentado anteriormente, sería relevante ampliar la muestra y estudiar poblaciones de distintas regiones, edades y contextos sociales, con el objetivo de

obtener una visión más amplia y representativa de las características de esta población, así como de los posibles factores de riesgo específicos según variables sociodemográficas.

En segundo lugar, resultaría interesante analizar el impacto del estigma social y de las emociones asociadas a la autodefinición como pedófilo en la disposición de esta población para buscar ayuda profesional o participar en programas de tratamiento. En este sentido, podría aplicarse la teoría del estigma propuesta por Goffman (1963), con el fin de explorar cómo el rechazo social, el aislamiento y la vergüenza afectan su salud mental, su integración social y su comportamiento.

Asimismo, sería importante estudiar de forma diferenciada los distintos tipos de delitos sexuales, analizando las características particulares de quienes han cometido abusos sexuales offline frente a quienes han cometido delitos online, por ejemplo, el consumo de material de explotación sexual infantil (MESI). Este análisis podría contribuir a identificar perfiles de riesgo y mecanismos de racionalización distintos en función del tipo de conducta delictiva (Moulding et al., 2021).

Del mismo modo, se propone investigar a personas con inclinación sexual pedófila que no hayan cometido ningún delito de naturaleza sexual, con el objetivo de identificar factores protectores que favorecen el autocontrol, la abstinencia y la prevención del delito. Un estudio comparativo entre quienes han delinquido y quienes no lo han hecho podría ofrecer información valiosa sobre qué elementos influyen en la toma de decisiones y en la gestión de los impulsos.

Finalmente, de cara a futuros estudios, se propone investigar qué papel juegan los grupos de apoyo presencial en el refuerzo y apoyo en la abstinencia (entendida como la no comisión de ningún tipo de delito sexual), el trabajo en la empatía hacia la víctima, la reflexión de la mano de otros testimonios y la reducción de creencias o distorsiones cognitivas que justifican el abuso sexual en este tipo de colectivo. En particular, sería conveniente explorar más a fondo cómo este tipo de apoyo contribuye al mantenimiento de la abstinencia delictiva, ya que los resultados del estudio muestran la incidencia positiva que, según refieren los participantes, han tenido los grupos de apoyo presencial en su evolución y en la no reincidencia. Este tipo de apoyo podría también ser útil para compartir testimonios, trabajar en la empatía hacia las víctimas y reflexionar en grupo sobre las propias creencias y justificaciones. Con todo esto, se

considera que podría ser interesante incluir estos grupos de apoyo como complemento a la psicoterapia individual, como se hace en otro tipo de patologías o problemáticas.

Asimismo, sería recomendable que futuros estudios consideren la adaptación, traducción y validación oficial al contexto español de la escala MOLEST ya que es un instrumento muy específico y adecuado para medir las distorsiones cognitivas en este tipo de población y actualmente no consta una traducción oficial.

En conjunto, estas líneas de investigación futuras podrían no solo profundizar en el conocimiento sobre la población con atracción hacia menores, sino también optimizar los enfoques terapéuticos y preventivos disponibles, promoviendo un abordaje más eficaz y ético en los ámbitos clínico, social y forense.

7.3. Conclusiones

De los resultados obtenidos en este estudio, se extraen las siguientes conclusiones;

- Las personas con una inclinación sexual pedófila tienden a ocultar sus intereses sexuales y tardan mucho tiempo en pedir ayuda profesional.
- Un porcentaje relevante (83%) de las personas que sienten atracción hacia menores de edad, presentan problemas de autoestima, variable que se sabe que puede estar relacionada con mayor riesgo de abuso sexual infantil.
- Las personas autoidentificadas como pedófilas perciben de la sociedad un gran estigma negativo hacia ellos.
- Los pedófilos también presentan creencias estigmatizadas en torno a la pedofilia, al igual que la población general.
- Aquellos sujetos que sienten atracción sexual y que reciben tratamiento, identifican la baja autoestima, poca red social, retraimiento social y mucho tiempo libre como factores de riesgo para cometer un delito de naturaleza sexual.
- Se identificaron correlaciones relevantes entre ansiedad, depresión, somatización e introversión, lo cual indica que el malestar psicológico tiende a expresarse en forma de retraimiento y síntomas somáticos.

Referencias bibliográficas

- Abel, G. G., Becker, J. V., & Cunningham-Rathner, J. (1984). Complications, consent, and cognitions in sex between children and adults. *International Journal of Law and Psychiatry*, 7(1), 89–103. [https://doi.org/10.1016/0160-2527\(84\)90008-6](https://doi.org/10.1016/0160-2527(84)90008-6)
- Alanko, K., Haikio, J., Laiho, M., Jahnke, S., & Santtila, P. (2014). *Attitudes and knowledge to treat potential child sexual offenders among Finnish health care professionals* [Manuscript submitted for publication].
- Almeda, J. (2018). *Perfil psicológico de personas con orientación sexual de pedofilia* (Tesis de maestría). Universidad Autónoma de Barcelona, España.
- American Psychiatric Association. (2013). *Aspectos destacados de cambios de DSM-IV-TR a DSM-5*. <https://web.archive.org/web/20150226050453/http://www.psychiatry.org/File%20Library/Practice/DSM/DSM-5/Changes-from-DSM-IV-TR--to-DSM-5.pdf>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., rev.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- Arkowitz, S., & Vess, J. (2003). An evaluation of the Bumby RAPE and MOLEST scales as measures of cognitive distortions with civilly committed sexual offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 15(4), 237–249. <https://doi.org/10.1177/107906320301500402>
- Bailey, J. M., Hsu, K. J., & Bernhard, P. A. (2016). An Internet study of men sexually attracted to children: Sexual attraction patterns. *Journal of Abnormal Psychology*, 125(7), 976–988. <https://doi.org/10.1037/abn0000203>
- Beier, K. M., Ahlers, C. J., Schaefer, G. A., & Feelgood, S. (2006). The Berlin primary prevention approach: A treatment program for paedophiles. En *9th Conference of the International Association for the Treatment of Sexual Offenders*.
- Berlin, F. S. (2014). *Pedophilia and DSM-5: The importance of clearly defining the nature of a pedophilic disorder*. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 42(4), 404-407.

- Blanchard, R. (2010). The DSM diagnostic criteria for pedophilia. *Archives of Sexual Behavior*, 39(2), 304–316.
- Blanchard, R., & Barbaree, H. E. (2005). The strength of sexual arousal as a function of the age of the sex offender: Comparisons among pedophiles, hebephiles, and teleiophiles. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 17(4), 441–456. <https://doi.org/10.1177/107906320501700407>
- Blanchard, R., Barbaree, H. E., Bogaert, A. F., Dickey, R., Klassen, P., Kuban, M. E., & Zucker, K. J. (2000). Fraternal birth order and sexual orientation in pedophiles. *Archives of Sexual Behavior*, 29(5), 463–478. <https://doi.org/10.1023/A:1001953611030>
- 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>
- Bonta, J., & Andrews, D. A. (2016). *La psicología de la conducta delictiva*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315677187>
- Briere, J., & Runtz, M. (1989). University males' sexual interest in children: Predicting potential indices of “pedophilia” in a nonforensic sample. *Child Abuse & Neglect*, 13(1), 65–75. [https://doi.org/10.1016/0145-2134\(89\)90030-6](https://doi.org/10.1016/0145-2134(89)90030-6)
- Campo-González, C., Caamaño-Isorna, I., Martín-Gil, M., & Martínez-González, E. J. (2023). Prevalencia e impacto del abuso sexual infantil en la salud mental: Una revisión sistemática de estudios en población española. *Papeles del Psicólogo*, 44(2), 73–85. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2023.02.689>
- Cantor, J. M., & McPhail, I. V. (2016). Non-offending pedophiles. *Current Sexual Health Reports*, 8(3), 121–128. <https://doi.org/10.1007/s11930-016-0076-z>
- Cuevas, C., González de Rivera, J. L., Henry-Benítez, M., Monterrey, A. L., Rodríguez-Pulido, F., & Gracia Marco, R. (1991). Análisis factorial de la versión española del SCL-90-R en la población general. *Anales de Psiquiatría*, 7(3), 93–96. [https://doi.org/10.1016/S0213-4853\(91\)70074-1](https://doi.org/10.1016/S0213-4853(91)70074-1)
- Derogatis, L. R. (1994). *SCL-90-R: Administration, scoring and procedures manual* (3rd ed.). Minneapolis: National Computer Systems.

- Derogatis, L. R., & Savitz, K. L. (2000). El SCL-90-R y el Inventario Breve de Síntomas (BSI) en atención primaria. En M. E. Maruish (Ed.), *Uso de pruebas psicológicas en atención primaria de salud* (pp. 297–334). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Dombert, B., Schmidt, A. F., Banse, R., Briken, P., Hoyer, J., Neutze, J., & Osterheider, M. (2015). How common is males' sexual interest in prepubescent children? Manuscrito enviado para publicación.
- España. Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Boletín Oficial del Estado, 6 de diciembre de 2018, núm. 294. Extraído de <https://www.boe.es/buscar/pdf/2018/BOE-A-2018-16673-consolidado.pdf>.
- Feelgood, S., Cortoni, F., & Thompson, A. (2005). Sexual coping, general coping and cognitive distortions in incarcerated rapists and child molesters. *Journal of Sexual Aggression, 11*(2), 157–170. <https://doi.org/10.1080/13552600500231876>
- Feldman, D. B., & Crandall, C. S. (2007). Dimensions of mental illness stigma: What about mental illness causes social rejection? *Journal of Social and Clinical Psychology, 26*(2), 137–154. <https://doi.org/10.1521/jscp.2007.26.2.137>
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. New York, NY: Simon and Schuster.
- González de Rivera, J. L., Cuevas, C., Rodríguez-Abuín, M. J., & Rodríguez-Pulido, F. (2002). El cuestionario de 90 síntomas (adaptación española del SCL-90R de L. R. Derogatis). Tea Ediciones.
- González, E., Martínez, V., Leyton, C., & Bardi, A. (2004). Características de los abusadores sexuales. *Revista Sogia, 11*(1), 6–14.
- Hall, R. C., & Hall, R. C. (2007). A profile of pedophilia: Definition, characteristics of offenders, recidivism, treatment outcomes, and forensic issues. In *Mayo Clinic Proceedings* (Vol. 82, No. 4, pp. 457–471). Elsevier. <https://doi.org/10.4065/82.4.457>
- Hanson, R. K., & Morton-Bourgon, K. E. (2004). *Predictores de reincidencia sexual: Un meta-análisis actualizado* (Corrections User Report No. 2004-02). Ottawa, Ontario, Canadá: Seguridad Pública de Canadá.

- Harper, C. A., & Hogue, T. E. (2015). The emotional representation of sexual crime in the national British press. *Journal of Language and Social Psychology, 34*(1), 3–24. <https://doi.org/10.1177/0261927X14544474>
- Harper, C. A., Bartels, R. M., & Hogue, T. E. (2018). Reducing stigma and punitive attitudes toward pedophiles through narrative humanization. *Sexual Abuse, 30*(5), 533–555. <https://doi.org/10.1177/1079063217730632>
- Hatzenbuehler, M. L. (2009). How does sexual minority stigma “get under the skin”? A psychological mediation framework. *Psychological Bulletin, 135*(5), 707–730. <https://doi.org/10.1037/a0016441>
- Hernández, H. S. (2018). Hallazgos neurobiológicos recientes de la pedofilia. *Archivos de Criminología, Criminalística y Seguridad Privada, 11*(21). <https://doi.org/10.26503/acrim.11.21.2018>
- Herrero, N. S., Pérez, R. M. L., & Muñoz, A. D. (2018). Parafilias: Una revisión comparativa desde el DSM-5 y la CIE-10. *Behavior & Law Journal, 4*(1). <https://doi.org/10.15517/blj.v4i1.34106>
- Herrero, Ó., & Negrodo, L. (2016). Evaluación del interés sexual hacia menores. *Anuario de Psicología Jurídica, 26*(1), 30–40. <https://doi.org/10.1016/j.apj.2016.01.001>
- Holt, T. J., Blevins, K. R., & Burkert, N. (2010). Considering the pedophile subculture online. *Sexual Abuse, 22*(1), 3–24. <https://doi.org/10.1177/1079063210369014>
- Howells, K. (1981). Adult sexual interest in children: Considerations relevant to theories of aetiology. In M. Cook & K. Howells (Eds.), *Adult sexual interest in children* (pp. 55–94). Academic Press.
- Imhoff, R. (2015). Punitive attitudes against pedophiles or persons with sexual interest in children: Does the label matter? *Archives of Sexual Behavior, 44*(1), 35–44. <https://doi.org/10.1007/s10508-014-0439-3>
- Imhoff, R., & Jahnke, S. (2018). Determinants of punitive attitudes toward people with pedophilia: Dissecting effects of the label and intentionality ascriptions. *Archives of Sexual Behavior, 47*(2), 353–361. <https://doi.org/10.1007/s10508-017-1048-8>
- Intebi, I. V. (2001). *Abuso sexual infantil: En las mejores familias*. Ediciones Granica.

- Jahnke, S. (2018). 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., & Hoyer, J. (2013). Stigmatization of people with pedophilia: A blind spot in stigma research. *International Journal of Sexual Health*, 25(3), 169–184. <https://doi.org/10.1080/19317611.2013.795921>
- Jahnke, S., Imhoff, R., & Hoyer, J. (2015). Stigmatization of people with pedophilia: Two comparative surveys. *Archives of Sexual Behavior*, 44(1), 21–34. <https://doi.org/10.1007/s10508-014-0312-4>
- Jahnke, S., Philipp, K., & Hoyer, J. (2015). Stigmatizing attitudes towards people with pedophilia and their malleability among psychotherapists in training. *Child Abuse & Neglect*, 40, 93–102. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2014.07.001>
- Jahnke, S., Schmidt, A. F., Geradt, M., & Hoyer, J. (2015). Stigma-related stress and its correlates among men with pedophilic sexual interests. *Archives of Sexual Behavior*, 44(8), 2173–2187. <https://doi.org/10.1007/s10508-015-0503-7>
- Janke, S., Schmidt, A. F., Geradt, M., & Briken, P. (2015). The relationship between stigma and treatment seeking for individuals with pedophilic interests: A systematic review. *Archives of Sexual Behavior*, 44(8), 2273–2289. <https://doi.org/10.1007/s10508-015-0505-5>
- Janssen, D. F. (2015). ‘Chronophilia’: Entries of erotic age preference into descriptive psychopathology. *Medical History*, 59(4), 575–598. <https://doi.org/10.1017/mdh.2015.53>
- Joyal, C. C. (2016). Linking crime to paraphilia: Be careful with label. *Archives of Sexual Behavior*, 46(4), 865–866. <https://doi.org/10.1007/s10508-016-0903-3>
- Knight, R. A., & Thornton, D. (2007). *Evaluating and improving risk assessment schemes for sexual recidivism: A long-term follow-up of convicted sexual offenders*. Rockville, MD: National Criminal Justice Reference Service. <https://www.ojp.gov/pdffiles1/nij/grants/217618.pdf>
- Koops, T., Turner, D., Jahnke, S., Märker, V., & Briken, P. (2016). Stigmatisierung von Menschen mit sexuellem Interesse an Kindern unter Sexualtherapeuten in Russland. *Zeitschrift für Sexualforschung*, 29(2), 131–146. <https://doi.org/10.1055/s-0042-100652>

- Lewis, C. F., & Stanley, C. R. (2000). Women accused of sexual offenses. *Behavioral Sciences & the Law*, 18(1), 73–81. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-0798\(200001/02\)18:1](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-0798(200001/02)18:1)
- Link, B. G., Struening, E. L., Rahav, M., Phelan, J. C., & Nuttbrock, L. (1997). On stigma and its consequences: Evidence from a longitudinal study of men with dual diagnoses of mental illness and substance abuse. *Journal of Health and Social Behavior*, 38(2), 177–190. <https://doi.org/10.2307/2955424>
- Malamuth, N. M., & Brown, L. M. (1994). Sexually aggressive men's perceptions of women's communications: Testing three explanations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67(4), 699–712. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.67.4.699>
- Mann, R. E., Hanson, R. K., & Thornton, D. (2010). Assessing risk for sexual recidivism: Some proposals on the nature of psychologically meaningful risk factors. *Sexual Abuse*, 22(2), 191–217. <https://doi.org/10.1177/1079063210366039>
- Mann, R., Webster, S., Wakeling, H., & Marshall, W. (2007). The measurement and influence of child sexual abuse supportive beliefs. *Psychology, Crime & Law*, 13(5), 443–458. <https://doi.org/10.1080/10683160601061141>
- Marshall, L. E., Marshall, W. L., Moulden, H. M., & Serran, G. A. (2008). The prevalence of sexual addiction in incarcerated sexual offenders and matched community nonoffenders. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 15(4), 271–283. <https://doi.org/10.1080/10720160802516328>
- Marshall, W. A., & Tanner, J. M. (1969). Variations in pattern of pubertal changes in girls. *Archives of Disease in Childhood*, 44(235), 291–303. <https://doi.org/10.1136/adc.44.235.291>
- Marshall, W. A., & Tanner, J. M. (1970). Variations in the pattern of pubertal changes in boys. *Archives of Disease in Childhood*, 45(239), 13–23. <https://doi.org/10.1136/adc.45.239.13>
- Marshall, W. L., Marshall, L. E., Sachdev, S., & Kruger, R. L. (2003). Distorted attitudes and perceptions, and their relationship with self-esteem and coping in child molesters. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 15(3), 171–181. <https://doi.org/10.1177/107906320301500302>
- McCartan, K. F. (2010). Student/trainee-professional implicit theories of paedophilia. *Psychology, Crime & Law*, 16(4), 265–288. <https://doi.org/10.1080/10683160802614144>

- Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, *129*(5), 674–697. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674>
- Moulding, R., Trott, K., & Kyrios, M. (2021). Cognitive distortions and offending behaviour: The role of beliefs in psychological intervention. *Journal of Sexual Aggression*, *27*(1), 65–81. <https://doi.org/10.1080/13552600.2020.1751266>
- Nichols, H. R., & Molinder, I. (1984). *Multiphasic Sex Inventory: A test to assess the psychosexual characteristics of the sexual offender*. Nichols & Molinder Assessments.
- Nunes, K. L., Pettersen, C., Hermann, C. A., Looman, J., & Spape, J. (2014). Do changes in MOLEST and RAPE scales predict sexual recidivism? *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, *26*(4), 427–449. <https://doi.org/10.1177/1079063214540725>
- Olsen, L. R., Mortensen, E. L., & Bech, P. (2004). The SCL-90 and SCL-90-R validated by item response models in a Danish community sample. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *110*(3), 225–229. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2004.00399.x>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2022). *Clasificación Internacional de Enfermedades (11ª ed.)*. <https://icd.who.int/>
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *CIE-11 para estadísticas de mortalidad y morbilidad*. <https://icd.who.int/browse/2021-05/mms/es>
- Pereda, N., Guilera, G., Forns, M., & Gómez-Benito, J. (2009). The prevalence of child sexual abuse in community and student samples: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, *29*(4), 328–338. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.02.007>
- Pezzoli, P., Santtila, P., Ziogas, A., Mokros, A., Jaworska, N., & Seto, M. (2019). The effects of acute transcranial direct current stimulation on attentional bias in pedophilic disorder: A pre-registered pilot study. *Journal of Sexual Medicine*, *16*(5), 712–721. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.02.010>
- Piché, L., Mathesius, J., Lussier, P., & Schweighofer, A. (2018). Preventative services for sexual offenders. *Sexual Abuse*, *30*(1), 63–81. <https://doi.org/10.1177/1079063216630749>

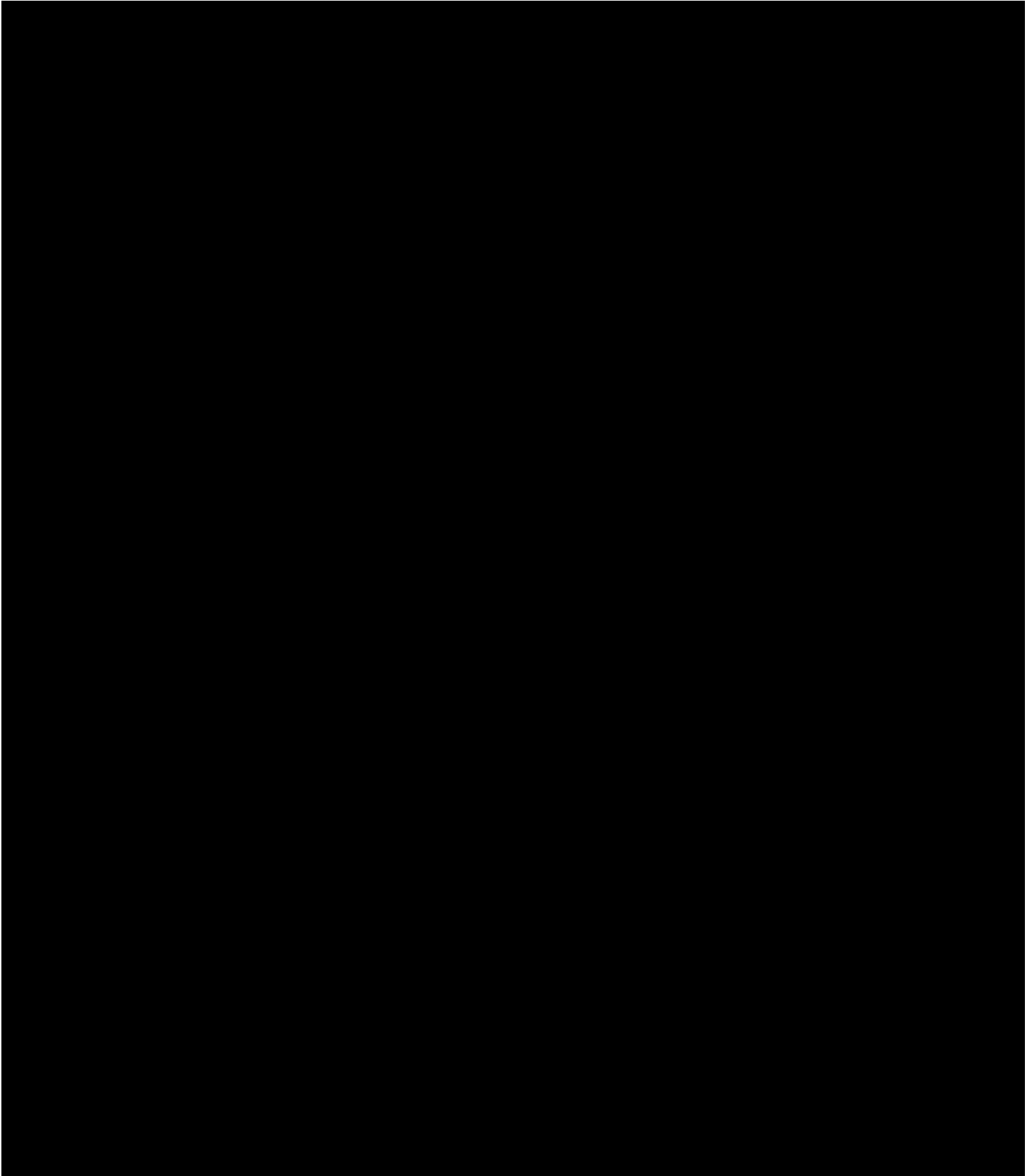
- Pinel Zafra, M., Rubio Rubio, L., & Rubio Herrera, R. (2009). Un instrumento de medición de soledad social: Escala ESTE II. *Universidad de Granada*. <https://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/rubio-soledad-este2.pdf>
- Placeres Hernández, J. F. (2011). Algunos aspectos sobre la gerontofilia. Una revisión bibliográfica. *Revista Médica Electrónica*, 33(5), 595–598.
- Rambow, J., Elsner, K., Feelgood, S., & Hoyer, J. (2008). Actitudes hacia el abuso infantil: Investigaciones con la Bumby Child Molest Scale en agresores sexuales y violentos. *Revista de Investigación Sexual*, 21, 341–355.
- Real Academia Española. (2014). *Diccionario de la lengua española* (23.ª ed.). <https://dle.rae.es>
- Rüsch, N., Angermeyer, M. C., & Corrigan, P. W. (2005). Mental illness stigma: Concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *European Psychiatry*, 20(8), 529–539. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2005.04.004>
- Sánchez, F. L. (2020). Abusos sexuales. *Familia. Revista de Ciencia y Orientación Familiar*, (58), 133–148.
- Schmidt, A. F., Mokros, A., & Banse, R. (2013). Is pedophilic sexual preference continuous? A taxometric analysis based on direct and indirect measures. *Psychological Assessment*, 25(4), 1146–1157. <https://doi.org/10.1037/a0033322>
- Schmitz, N., Hartkamp, N., Kiuse, J., Franke, G. H., Reister, G., & Tress, W. (2000). The Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R): A German validation study. *Quality of Life Research*, 9(2), 185–193. <https://doi.org/10.1023/A:1008931926181>
- Seto, M. C. (2008a). *Pedophilia and sexual offending against children: Theory, assessment, and intervention*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/11639-000>
- Seto, M. C. (2008b). Psychopathology and theory. In D. R. Laws & W. T. O'Donohue (Eds.), *Sexual deviance* (pp. 164–181). Guilford Press.
- Seto, M. C. (2009). Pedophilia. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5, 391–407. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.032408.153618>
- Seto, M. C. (2012). 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. (2019). The motivation-facilitation model of sexual offending. *Sexual Abuse*, 31(1), 3–24. <https://doi.org/10.1177/1079063217720919>
- Shaffer, D. R., & Kipp, K. (2007). *Psicología del desarrollo. Infancia y adolescencia*. CENGAGE Learning.
- Smith, T. P. (1994). Effects of the child's relative age, appearance, and attractiveness on vulnerability to pedosexual interactions [Tesis doctoral, University of Pennsylvania]. *Dissertation Abstracts International*, 54(12).
- Smolenski, D. J., Stigler, M. H., Ross, M. W., & Rosser, B. R. S. (2011). Direct and indirect associations between internalized homonegativity and high-risk sex. *Archives of Sexual Behavior*, 40(4), 785–792. <https://doi.org/10.1007/s10508-010-9705-1>
- Stiels-Glenn, M. (2010). The availability of outpatient psychotherapy for paedophiles in Germany. *Recht & Psychiatrie*, 28(2), 74–80.
- Tenbergen, G., Wittfoth, M., Frieling, H., Ponseti, J., Walter, M., Walter, H., ... & Krüger, T. H. C. (2015). The neurobiology and psychology of pedophilia: Recent advances and challenges. *Frontiers in Human Neuroscience*, 9, 344. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2015.00344>
- Thornton, D. (2013). The Machiavellian sex offender. En A. Matravers (Ed.), *Sex Offenders in the Community* (pp. 144–152). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315065618>
- Vázquez-Morejón Jiménez, R., Jiménez García-Bóveda, R., & Vázquez Morejón, A. J. (2004). Escala de autoestima de Rosenberg: Fiabilidad y validez en población clínica española. *Apuntes de Psicología*, 22(2), 247–255.
- Vogel, D. L., & Wade, N. G. (2009). Stigma and help-seeking. *The Psychologist*, 22(1), 20–23.
- Ward, T., & Keenan, T. (1999). Child molesters' implicit theories. *Journal of Interpersonal Violence*, 14(8), 821–838. <https://doi.org/10.1177/088626099014008003>
- West, D. J. (2000). Paedophilia: Plague or panic? *The Journal of Forensic Psychiatry*, 11(3), 511–531. <https://doi.org/10.1080/09585180010002669>
- Whitaker, D. J., Le, B., Hanson, R. K., Baker, C. K., McMahon, P. M., Ryan, G., ... & Rice, D. D. (2008). Risk factors for the perpetration of child sexual abuse: A review and meta-analysis. *Child Abuse & Neglect*, 32(5), 529–548. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2007.08.005>

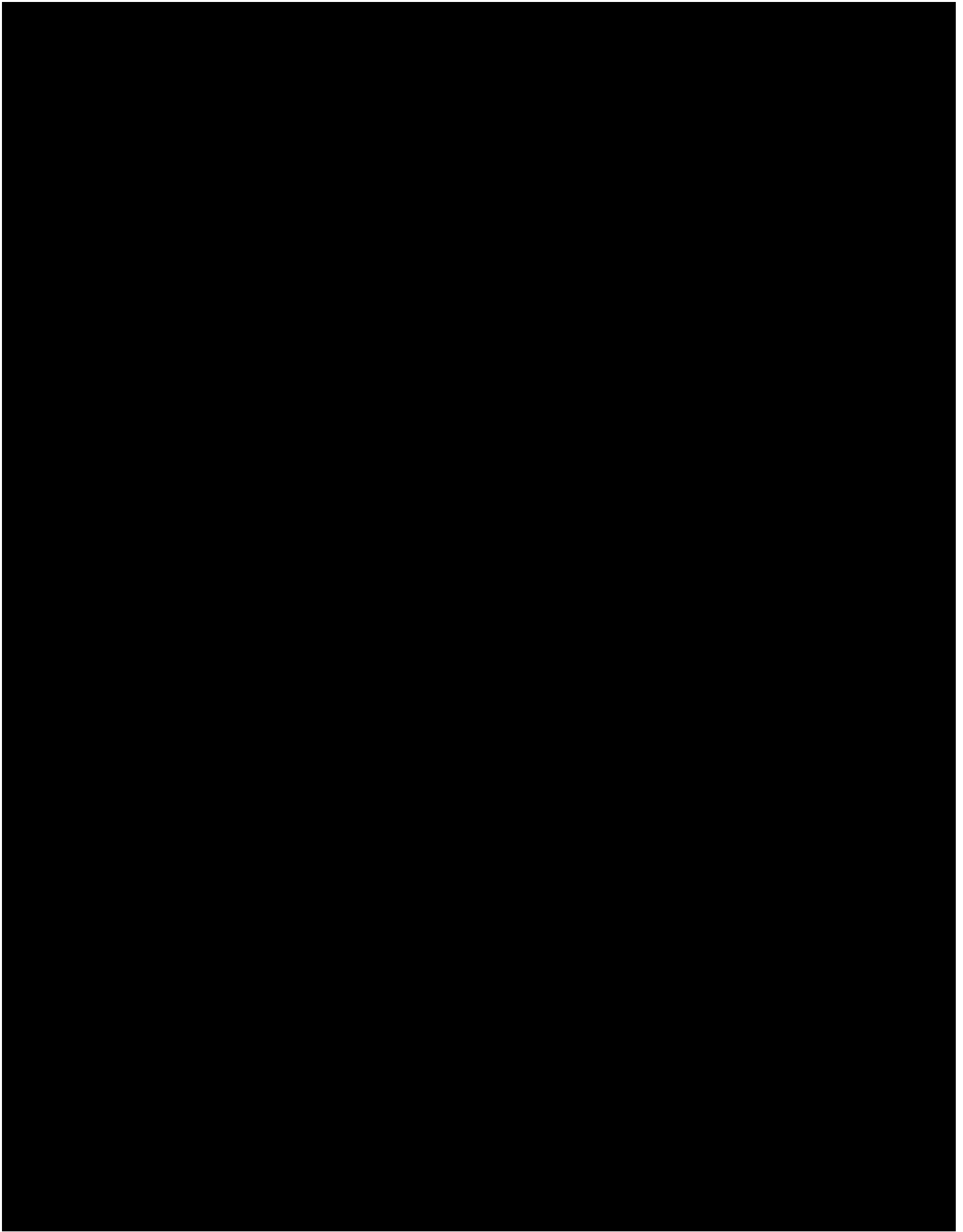
Wijkman, M., Bijleveld, C., & Hendriks, J. (2010). Women don't do such things! Characteristics of female sex offenders and offender types. *Sexual Abuse, 22*(2), 135–156. <https://doi.org/10.1177/1079063210369011>

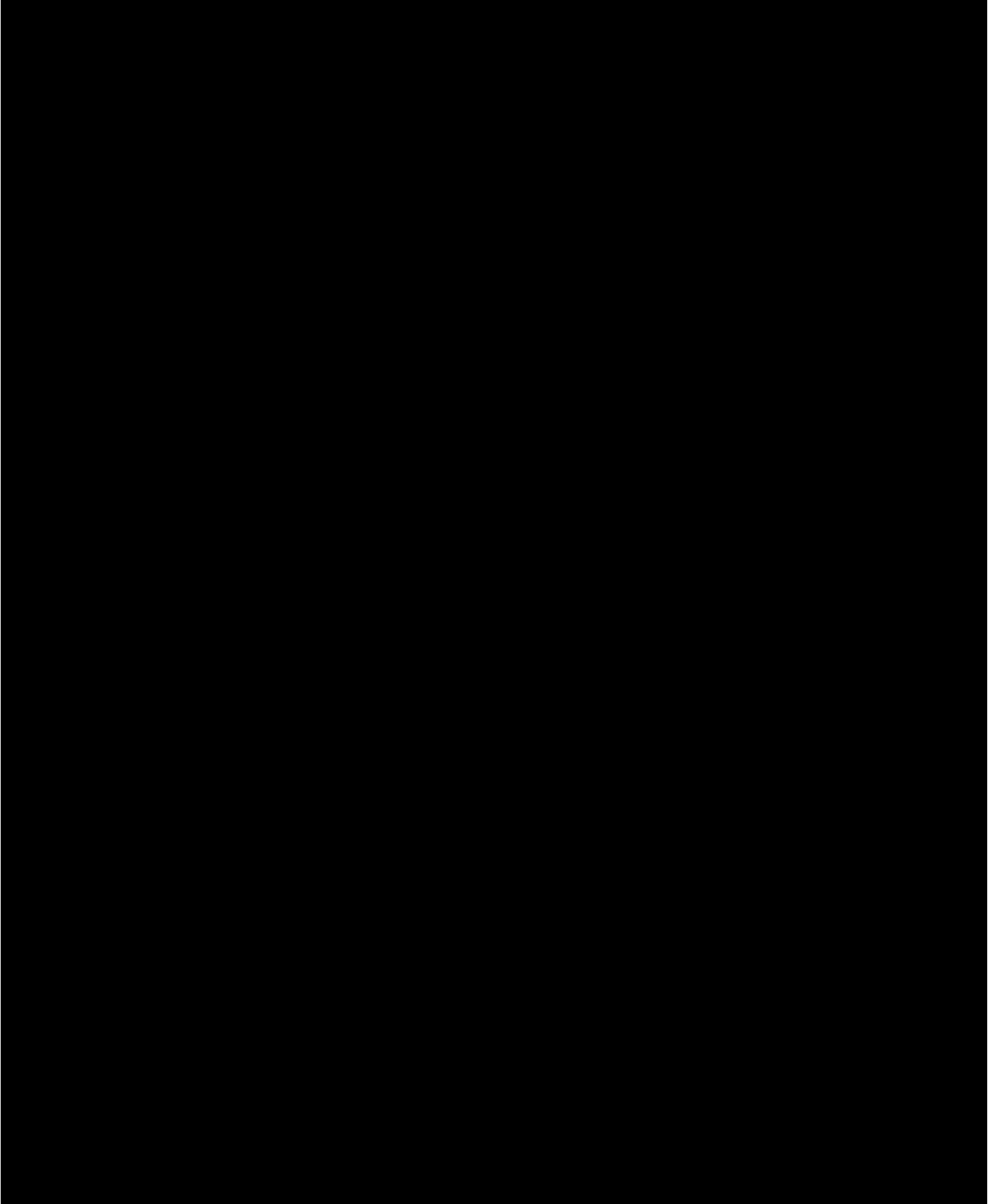
Wilson, R. J. (1999). Emotional congruence in sexual offenders against children. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment, 11*(1), 33–47. <https://doi.org/10.1177/107906329901100105>

Anexo A. Informe de valoración de trabajo fin de máster



Anexo B. Consentimiento informado





Anexo C. Cuestionario ad hoc

A continuación, se presentan diferentes preguntas y afirmaciones, por favor, lea atentamente y marca la respuesta que considere más apropiada.

Solo en las afirmaciones o preguntas que se especifica "Puede marcar más de una respuesta", puede marcar más de una respuesta.

En las afirmaciones o preguntas de respuesta abierta, escriba lo que considere.

En algunas afirmaciones o preguntas, una de las posibles respuestas es "otros", en el caso de marcarla, escriba lo que considere.

1. Edad.
2. Sexo.
 - a. Hombre
 - b. Mujer
3. Estado civil.
 - a. Soltero/a
 - b. Casado/a
 - c. Separado/a
 - d. En pareja
4. Estudios.
 - a. Sin estudios
 - b. Estudios primarios / equivalentes
 - c. Estudios secundarios / equivalentes
 - d. Estudios universitarios
 - e. Estudios superiores (máster, doctorado, etc.)
5. ¿Por qué franja de edad te sientes más atraído? Puedes marcar más de una respuesta.
 - a. Entre 0 y 5
 - b. Entre 6 y 13
 - c. Entre 13 y 16
 - d. Entre 16 y 18
 - e. Más de 18
6. ¿Te sientes atraído exclusivamente por menores?

- a. Sí
 - b. No, también por personas adultas
7. ¿Por qué género te sientes más atraído?
- a. Género femenino
 - b. Género masculino
 - c. Género femenino y masculino
 - d. Otro (especificar)
8. ¿En qué momento te diste cuenta de tu atracción sexual hacia menores?
- a. En la infancia
 - b. En la adolescencia
 - c. En la adultez
 - d. [Clica aquí](#) y especifica la edad aproximada
9. ¿A qué edad te diste cuenta de que necesitabas ayuda por tu atracción sexual?
10. ¿Cuánto tardaste en pedir ayuda?
- a. Menos de 1 mes
 - b. Entre 1 mes y 6 meses
 - c. Entre 6 meses y 1 año
 - d. Entre 1 y 2 años
 - e. Entre 2 y 5 años
 - f. Más de 5 años
11. ¿Por qué decidiste pedir ayuda? Puedes marcar más de una respuesta.
- a. Para “curar” la pedofilia
 - b. Para no abusar de un menor
 - c. Para hablar
 - d. Para entender qué me pasaba
 - e. Porque ya había cometido un delito
 - f. Por obligación (judicial, laboral, familiar...)
 - g. Otras razones (especifica)
12. ¿Qué tipo de ayuda considerabas que necesitabas?
13. ¿Con qué profesionales has contactado para pedir ayuda? Puedes marcar más de una respuesta
- a. Psicólogo/a

- b. Psiquiatra
 - c. Médico de cabecera
 - d. Otros (especifica)
14. Hasta que encontraste ayuda, ¿por cuantos profesionales pasaste?
- a. Solo por un profesional
 - b. De 2 a 3 profesionales
 - c. De 4 a 5 profesionales
 - d. Más de 5 profesionales
15. ¿Te has sentido rechazado (respecto a tu atracción sexual) por parte de algún profesional, cuando has pedido ayuda?
- a. Sí
 - b. No
 - c. No sabe/No contesta
16. Ante la afirmación “He sentido que algún profesional no me ha comprendido” me siento...
- a. Nada de acuerdo
 - b. Un poco de acuerdo
 - c. Bastante de acuerdo
 - d. Totalmente de acuerdo
17. ¿Has compartido con otras personas tu atracción sexual hacia los menores?
- a. Sí
 - b. No
 - c. No sabe / No contesta
18. En caso afirmativo, ¿a quién? Puedes marcar más de una respuesta.
- a. Amigo
 - b. Familiar cercano (padres/hermanos)
 - c. Familiar lejano (primos/tíos/abuelos)
 - d. A una persona desconocida/fuera de mi círculo
 - e. A un/a profesional
 - f. Alguien online
 - g. Otros (especificar)

19. ¿Has buscado apoyo alguna vez en otras personas que sientan la misma atracción sexual que tú?
- a. Sí
 - b. No
 - c. No sabe / No contesta
20. En el caso afirmativo, ¿por qué vías? Puedes marcar más de una respuesta.
- a. Foros de internet
 - b. Grupos de apoyo presencial
 - c. Chats virtuales
 - d. Otras vías (especificar)
21. En caso afirmativo, ¿te sirvió de ayuda en algún sentido? Puedes marcar más de una respuesta.
- a. Sí, me di cuenta de que éramos más de los que pensaba
 - b. Sí, me alivió hablar con alguien que sintiera lo mismo
 - c. No
 - d. No sabe / No contesta
 - e. Otro (especificar)
22. ¿Llevas a cabo alguna conducta de evitación ante situaciones de riesgo?
- a. Sí
 - b. No
 - c. No sabe / No contesta
 - d. En caso afirmativo, especificar
23. ¿Qué haces en general ante un impulso/fantasía sexual que incluye a menores de edad?

A continuación te solicitamos que marques la opción que más se ajusta a tu forma de pensar, sentir o actuar respecto a las siguientes afirmaciones:

24. "Aunque esté rodeado/a de gente, me siento solo"
- a. Nada de acuerdo
 - b. Un poco de acuerdo
 - c. Bastante de acuerdo
 - d. Totalmente de acuerdo

25. "Tengo pocas personas que me apoyen"

- a. Nada de acuerdo
- b. Un poco de acuerdo
- c. Bastante de acuerdo
- d. Totalmente de acuerdo

26. "Siento que tengo poca gente cercana"

- a. Nada de acuerdo
- b. Un poco de acuerdo
- c. Bastante de acuerdo
- d. Totalmente de acuerdo

27. "Desde mi punto de vista, las personas que se sienten atraídas por menores son..."

Puedes marcar más de una respuesta.

- a. Personas que no son normales
- b. Abusadores
- c. Malas personas
- d. Personas peligrosas para los menores
- e. Buenas personas
- f. Personas normales
- g. Otros (especificar)

28. "Desde mi punto de vista, los demás ven a las personas que se sienten atraídas por menores como..."

29. En relación con tu orientación sexual, te sientes... Puedes marcar más de una respuesta.

- a. Alguien que no es normal
- b. Abusador
- c. Mala persona
- d. Una persona peligrosa para los menores
- e. Buena persona
- f. Una persona normal
- g. Otros (especificar)

30. "Creo que alguien con atracción sexual hacia menores, acabará abusando"

- a. Nada de acuerdo

- b. Un poco de acuerdo
- c. Bastante de acuerdo
- d. Totalmente de acuerdo

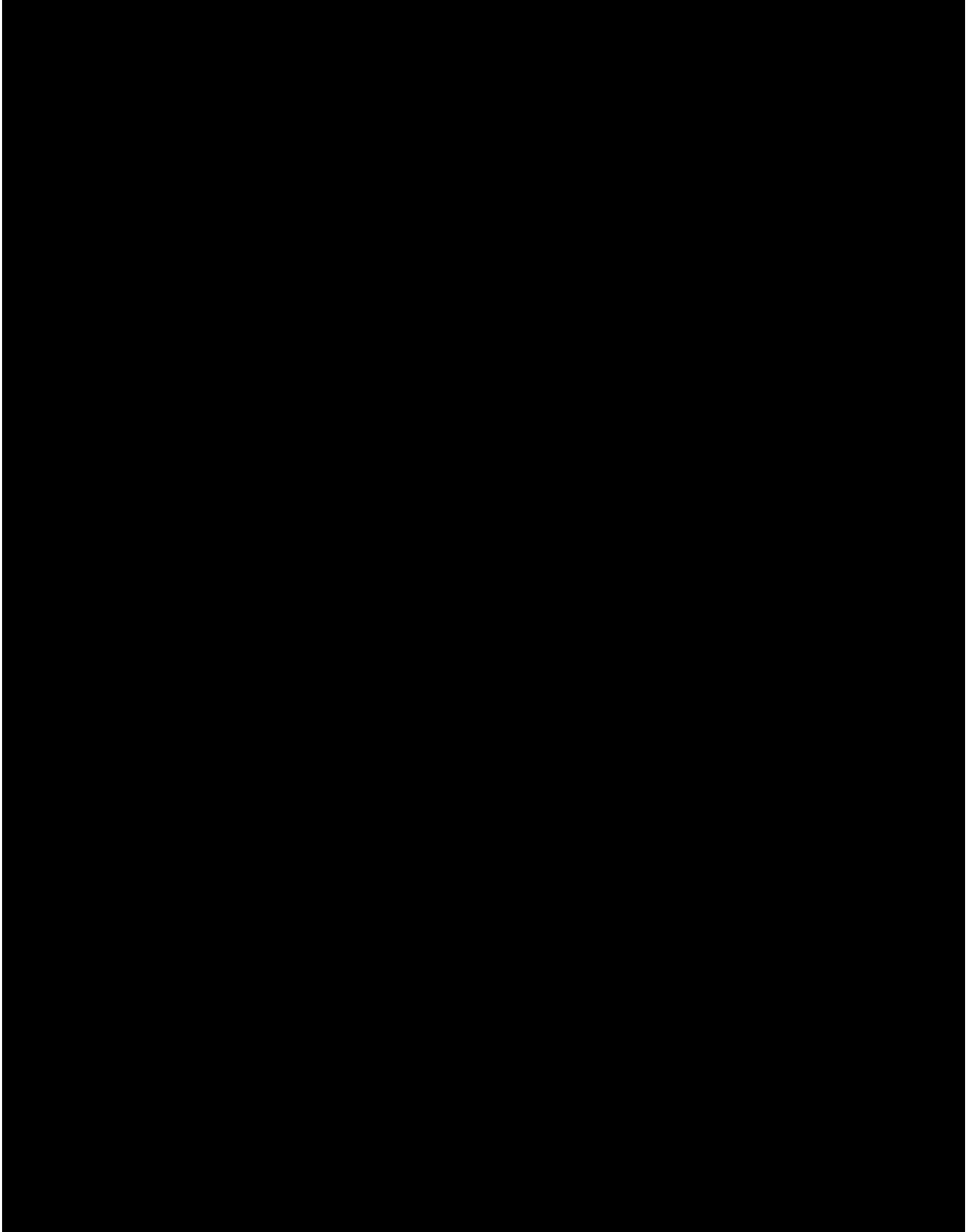
31. "La sociedad ve a las personas que se sienten atraídas por menores..."

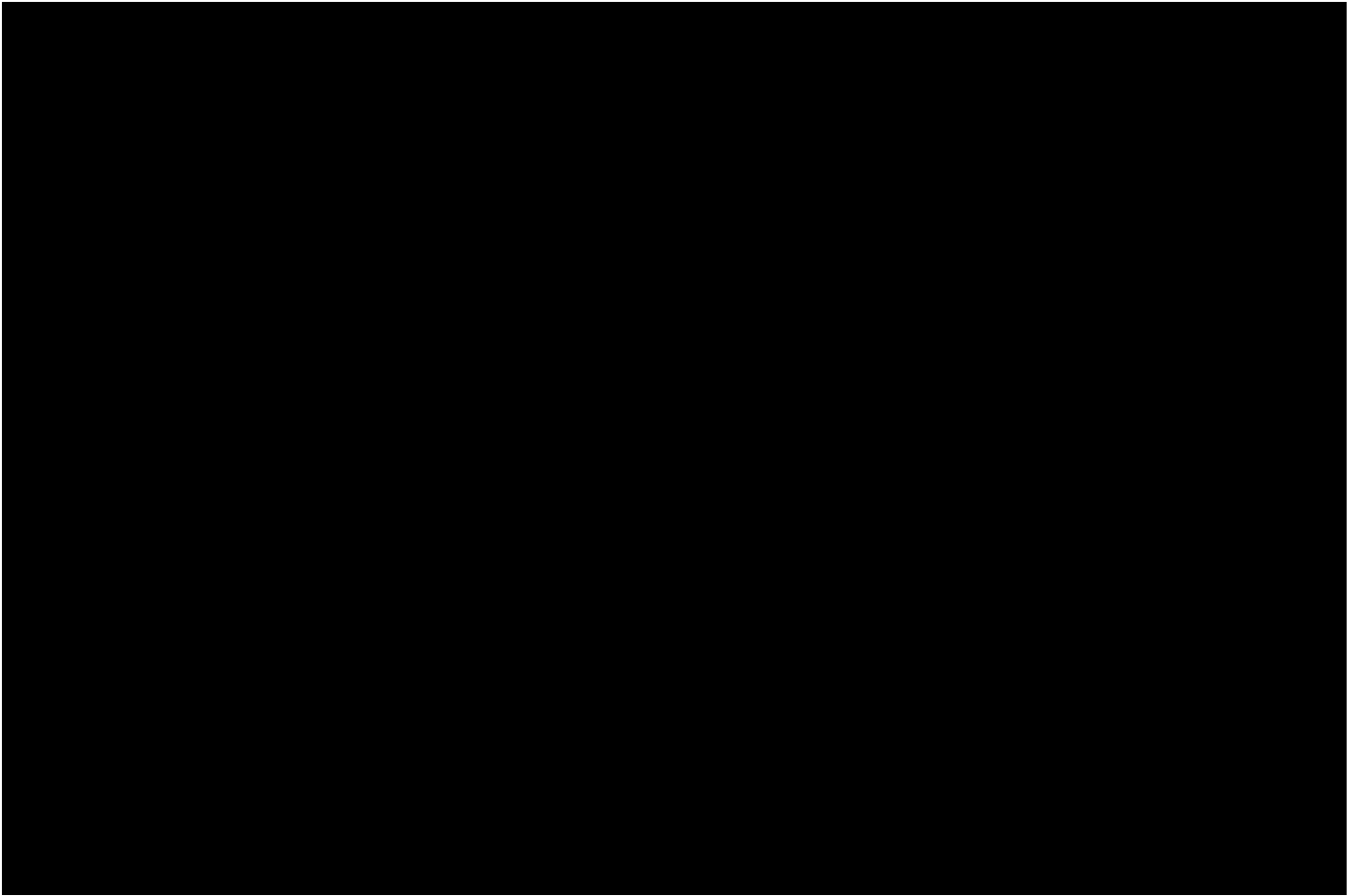
- a. De forma negativa
- b. De forma positiva
- c. No sabe / No contesta

32. "La sociedad asume que, si eres pedófilo, acabarás abusando"

- a. Nada de acuerdo
- b. Un poco de acuerdo
- c. Bastante de acuerdo
- d. Totalmente de acuerdo

Anexo D. Compromiso de confidencialidad





Anexo E. Autorización asociación



Autorización para realización de Trabajo Fin de Estudio

