

..ReCrim2019..

CONSUMIDORES DE PORNOGRAFÍA INFANTIL: DIFICULTADES EN EL ACCESO A TRATAMIENTO PSICOLÓGICO

Virginia Soldino*

Enrique J. Carbonell-Vayá

Instituto Universitario de Investigación en Criminología y Ciencias Penales - Universitat de València

pornografía infantil – tratamiento – prevención – estigma – delincuencia sexual
child pornography – treatment – prevention – stigma – sexual offending

El presente estudio analiza el contenido de 13 entrevistas realizadas a consumidores de pornografía infantil, con el fin de conocer sus experiencias respecto al acceso voluntario a servicios psicológicos, previo a su detención. El 46,15% de los entrevistados no había buscado ayuda profesional, por este u otro motivo, con anterioridad. En las entrevistas de aquellos que sí lo hicieron, se detectaron cinco temas principales: (1) experiencias previas positivas; (2) secretismo y estigma; (3) dificultades en el acceso y adherencia al tratamiento psicológico; (4) falta de especialización de los profesionales; y (5) problemática psico-social relacionada con el delito. La falta de motivación intrínseca para el tratamiento antes de la detención, junto con el miedo a una posible denuncia por parte de los profesionales, dificultó su disposición a la búsqueda de ayuda profesional y su adherencia al tratamiento. Por otro lado, muchos de ellos acudieron a consulta por problemática psico-social relacionada con el delito, pero no por su uso de pornografía infantil. Se discute la necesidad de instaurar un servicio de atención preventivo para este colectivo en nuestro país; así como la necesidad de formación especializada a los profesionales de la Psicología, asegurando su neutralidad y correcta praxis, dentro de los límites del secreto profesional.

The present study analyzes the content of 13 interviews conducted with child pornography users, in order to explore their experiences regarding the voluntary access to psychological services, prior to their detention. 46.15% of those interviewed had not sought professional help beforehand, for this or any other reason. In the interviews of those who did, five main topics were detected: (1) previous positive experiences; (2) secrecy and stigma; (3) difficulties in access and adherence to psychological treatment; (4) lack of specialization of the professionals; and (5) psycho-social problems related to the offense. The lack of intrinsic motivation for the treatment before the arrest, along with the fear of a possible report to the police by the professionals, hindered their willingness to seek professional help and adherence to treatment. On the other hand, many of them sought consultation for psycho-social problems related to crime, but not for their use of child pornography. The need to establish a preventive care service for these individuals in our country is discussed; as well as the need for specialized training for psychologists, ensuring their neutrality and correct praxis, within the limits of professional confidentiality.

Recibido: 12/12/19

Publicado: 12/03/20

© 2020 Los derechos de la presente contribución corresponden a sus autores; los signos distintivos y la edición son propiedad del Instituto U. de Investigación en Criminología y CC.PP. La cita está permitida en los términos legalmente previstos, haciendo siempre expresa mención de autoría y de la disponibilidad en línea en <http://www.uv.es/recrim>

* Virginia.Soldino@uv.es – OTR2016-16591COLAB – DER2017-86336-R (MINECO/AEI/FEDER, UE).

I. Introducción

La aparición de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) y el resultante aumento en accesibilidad, asequibilidad y disponibilidad de pornografía on-line, han incrementado la preocupación sobre el uso de la pornografía infantil (PI) en nuestros tiempos (Seto & Ahmed, 2014; Soldino & Guardiola García, 2017). En España, 4.122 personas han sido detenidas o investigadas por delitos relativos a la pornografía infantil desde el año 2009 (Ministerio del Interior, 2018). Sin embargo, se trata de un delito que conlleva enormes dificultades en su detección e investigación y que, por razones obvias, no suele ser denunciado por parte de sus víctimas (Fiscalía General del Estado, 2019). La elevada cifra negra, oculta tras las estadísticas oficiales (Ly, Dwyer & Fedoroff, 2018), daría cuenta de la necesidad de un abordaje interdisciplinar de este fenómeno, considerado como un problema crítico de salud pública (Whitaker et al., 2008), incluyendo una adecuada atención a estas personas por parte de los profesionales de la Psicología.

Uno de los retos en el abordaje terapéutico de los consumidores de PI es la intervención temprana, de carácter preventivo. Sin embargo, el estigma asociado a la delincuencia sexual reduce la posibilidad de que estas personas busquen ayuda profesional antes de su detención (Seto & Ahmed, 2014; Soldino & Carbonell-Vayá, 2017). A pesar de ello, ya existen programas preventivos en otros países que empiezan a ofrecer resultados prometedores. El Proyecto de Prevención Dunkelfeld (PPD) se creó en 2005 con el propósito de prevenir los delitos sexuales contra víctimas menores a través de un programa de tratamiento anónimo y confidencial. Para ello, se inició una campaña mediática para alentar la búsqueda de ayuda profesional por parte de aquellas personas preocupadas por su interés sexual por los menores de edad o la PI (Beier et al., 2009; 2015). En un periodo de seis años, el programa contaba con 319 participantes, demostrando la viabilidad de la prevención primaria y secundaria en este colectivo. En este caso, la legislación alemana dispensaba a los terapeutas de la obligación de denunciar un delito ya cometido por los usuarios, algo crucial para el éxito del programa (Beier et al., 2015). Por otro lado, encontramos iniciativas como la impulsada por The Lucy Faithfull Foundation¹, consistente en contenido formativo on-line de auto-ayuda para aquellas personas preocupadas por su conducta o intereses sexuales que quieran garantizar su completo anonimato, familiares y amigos, y profesionales; así como un teléfono de contacto anónimo.

En el caso de España, se dispone de programas de prevención terciaria para este colectivo (p. ej., programa Fuera de la Red; Herrero et al., 2015), aunque en el último año también comienzan a surgir las primeras iniciativas de prevención (p. ej., el proyecto PrevenSI² en Cataluña). En nuestro caso, el Código Deontológico de la Profesión de Psicología³ regula en su artículo 17 los límites de la confidencialidad, de esta manera:

“de acuerdo a la ley, psicólogos y psicólogas están obligados a informar de los límites de la confidencialidad a quienes demanden sus servicios. Son límites al mantenimiento de la confidencialidad aquellas situaciones que representen un riesgo muy grave para el propio usuario o usuaria, terceras personas o para quien esté prestando los servicios; también cuando el levantamiento del secreto esté legal o judicialmente ordenado. Esta

¹ <https://get-help.stopitnow.org.uk/>

² <https://prevensi.es/>

³ http://copao.cop.es/files/contenidos/normativas_de_interes/NUEVO_C%C3%93DIGO_DEONTOL%C3%93GICO.pdf

información debe proporcionarse, siempre que sea posible, al inicio de la relación en el proceso de consentimiento informado.”

El objetivo del presente estudio fue conocer las experiencias de usuarios de PI españoles en el acceso voluntario a servicios psicológicos, previo a su detención, con el fin de detectar aquellas dificultades/carencias y posibilidades de mejora en los servicios disponibles de prevención secundaria. Las hipótesis de partida fueron: (1) una escasa frecuencia en la búsqueda voluntaria de ayuda profesional; (2) un abordaje preventivo deficiente para este colectivo.

II. Método

Muestra.

Se analizaron las transcripciones anonimizadas de las entrevistas semi-estructuradas realizadas a 13 hombres españoles, usuarios del programa Fuera de la Red (Herrero et al., 2015) en medio abierto. Las edades de los participantes oscilaron entre los 28 y los 61 años (media = 42,77; desviación estándar = 12,33). Todos ellos habían sido condenados por la descarga de PI en Internet; 11 usuarios además habían distribuido los archivos a través de plataformas *peer to peer* (p2p), pero ninguno fue condenado por un delito sexual de contacto con una víctima menor de edad. Tres de ellos contaban con antecedentes penales, aunque solo uno había cometido un delito relativo a la PI con anterioridad.

Procedimiento y diseño.

Las transcripciones se derivaron de entrevistas semi-estructuradas, de entre tres y cuatro horas de duración, realizadas durante la fase de evaluación y motivación del programa, previa a las sesiones de intervención. Todos los participantes fueron informados de la grabación en audio y posterior análisis de las entrevistas, firmando voluntariamente el respectivo consentimiento informado. Cada entrevista contaba con dos partes: (1) variables psicosociales y clínicas, y (2) variables criminológicas.

Para este trabajo, se realizó un análisis conceptual del contenido (Carley, 1993) de las respuestas de los usuarios a la pregunta: “¿Ha recibido usted alguna vez tratamiento psicológico y/o psiquiátrico?”, incluida en la primera parte de la entrevista. Para ello, los extractos de entrevista fueron codificados por la primera autora y este proceso fue revisado por el segundo autor, llegando a un acuerdo completo entre ambos autores.

III. Resultados

Siete de los 13 usuarios entrevistados hicieron referencia a contactos previos con los profesionales de la Psicología. A continuación, se describen los principales bloques temáticos surgidos tras la codificación de sus entrevistas.

Experiencias previas positivas (n = 2).

Algunos usuarios valoraban positivamente sus contactos anteriores con psicólogos y psiquiatras. El usuario 4 recordaba los ejercicios que realizaba con su anterior terapeuta:

“T⁴: ¿Y cómo valoraste ese tratamiento? U⁵: Positivamente, la verdad, bien. [...] Hacíamos tests, me enseñó a tranquilizarme... me enseñó a controlar mis impulsos también [...]. Me enseñó más cosas. [...] Por ejemplo, el ordenador, que aún sigue allí, eh, lo tiene mi padre con contraseña y todo eso, porque no puedo entrar yo sin que esté él [...], para que no tenga tentaciones. Me enseñó también... si veía una niña en la calle, pues... que piense en la cárcel y no piense... que piense cosas negativas.”

Por su parte, el usuario 13 valoraba positivamente el tratamiento farmacológico recibido por sus problemas de ansiedad, aunque no recibió una intervención específica en relación a su uso problemático del material pornográfico:

“U13: El que me ha ayudado realmente es un psiquiatra de pago. [...] Tomo Deprax [...], que me lo tomo por la noche para dormir bien, y le he dicho a la médica que quiero dejar el tratamiento para incorporarme lo antes posible. [...] Él me recetó el Esertia, y también el Diazepam. T: ¿Por tema de ansiedad? U13: Sí, sí. [...] Y luego le dije que la ansiedad persistía y me dijo que me podía tomar hasta 3. [...] Yo le digo los síntomas que tengo y ellos me dan.”

Secretismo y estigma (n = 3).

El estigma asociado a la delincuencia sexual hace que muchos usuarios oculten información necesaria para un correcto diagnóstico y consecuente intervención por parte de los profesionales. El usuario 9 verbaliza la dificultad para hablar sobre este tema:

“U9: Ella intenta que sea yo el que, el que hable, pero a mí me cuesta mucho. [...] A mí me dice que no tiene que estar tirándome de la lengua siempre. Pero a mí me cuesta mucho... me hace preguntas que me quedo en blanco. [...] Me veo un poco perdido.”

Algunos profesionales pueden interpretar los síntomas manifestados como parte de un trastorno de ansiedad e iniciar el correspondiente tratamiento farmacológico. El usuario 4 refería sentirse atraído por la PI desde su adolescencia, lo cual había generado en él sentimientos de culpa, vergüenza y secretismo, relacionados con el estigma social, llegando a sufrir ataques de pánico por este motivo:

“U4: A veces me daban tranquilizantes, Trankimazin y otro más, de 0,50 y 0,25 [...], porque a veces iba, estaba de los nervios, estaba mal. [...] Es que también con... más jovencito tuve un ataque de esto de nervios que... solito. [...] Ansiedad creo que era, [...] y me llevaron al hospital con una pastilla debajo de la boca. [...] Es que todo esto... pues a mí siempre... el tema este siempre me ha gustado, toda la vida, no sé. [...] Pues todo esto, de las fotos y todo eso [...], y... quieras o no a veces lo piensas y te sientes mal, y empiezo a asfixiarme muchas veces [...] y acabé loco, un día acabé loco y, no sé, me dio algo. [...] Me decían: ¿qué te pasa?, ¿por qué...? Y no se lo podía contar entero.”

El usuario 10 buscó ayuda profesional antes de la detención, sin embargo, la falta de garantías respecto a la confidencialidad de lo verbalizado en terapia provocó su desistimiento:

“U10: Antes de que me pillaran fui a pedir ayuda también. [...] claro ahí, ahí iba más con... con más... [...] miedo, claro. Y entonces dije: bueno, ¿esto del secreto médico... [...], tal? [...] Y me contestó de una forma muy seca, me dijo: sí, claro, yo no puedo decir nada, salvo que hayas cometido algún delito, y en ese caso tengo que llamar a la policía. Y automáticamente dije: ¡vale! [...] Pues... bueno, pues ahí ya dije: bueno, pues... [...] termino... [...], y ya está.”

⁴ Terapeuta.

⁵ Usuario.

A pesar de ello, y tras la detención, trató de acceder nuevamente a tratamiento, verbalizando el motivo de la consulta, lo cual incrementó su estigmatización posterior:

“A ver, yo cuando me pasa todo esto pido ayuda, ¿no? [...]y... me doy cuenta que, bueno, intento pedir ayuda antes [...]y veo que no hay. [...] Al médico de cabecera [...] y se lo dije, esto te estoy hablando después de...después de que pasara todo, ¿vale? Y ahí estaba muy mal, también fui al médico, me mandaron al psiquiatra, el psiquiatra me mandó al psicólogo... [...] Bueno, se ve que eso queda en mi historial médico, claro, lógicamente...y se me infectó un quiste en el párpado y me fui a...al...al hospital [...], y ahí ya dije...qué pasa que...que...mee...o sea, me...me trataron muy mal [...] y casi, casi, me tiran del...del hospital...y yo: mmm, ¿qué pasa aquí? Y era, pues eso, que ...habían visto todo, todo lo que había ahí y...y me trataron muy mal...”

Dificultades en el acceso y adherencia al tratamiento psicológico (n = 4).

La atención directa, sin necesidad de derivación previa por parte del médico de cabecera, hace que los servicios psicológicos privados sean una elección para aquellos sujetos con un uso problemático del material pornográfico. El usuario 10 narra el periplo que le supuso acceder al psicólogo de la Seguridad Social:

“U10: Me mandaron al psiquiatra, el psiquiatra: muy bien, muy bien, muy bien, muy bien, muy bien, sí, sí, sí... Ahí el psiquiatra [...] me mandó al psicólogo...mmm...tres o cuatro meses después volví al médico de cabecera porque no sabía nada del psicólogo y me dijo: bueno pues te voy a volver a mandar al psiquiatra [...]. Vuelvo...al psiquiatra, vuelta a hacerlo todo [...] y ahí sí, a los dos meses o así me llaman y ya voy al psicólogo.”

El usuario 9, por su parte, también encontró dificultades para acceder a un psicólogo:

“U9: Ya había intentado buscar ayuda anteriormente, pero lo que pasa que por privado y tal, mandé varios emails, nunca me llegaron contestaciones... [...] Como no tuve respuesta, pues mi madre consiguió un teléfono de la Seguridad Social, llamé allí, tampoco me contestaron, pasaron un par de semanas y me llamó una chica, me dijo que cuál era mi problema, le expliqué el caso, me dio una cita y voy.”

No obstante, el coste económico de estos servicios puede dificultar la adecuada adherencia al tratamiento. El usuario 4 reincidió tras un año de tratamiento y un prolongado periodo de desempleo, identificando el elevado coste económico de la consulta como el motivo de su abandono:

“U4: A ver, es que a mí me han detenido dos veces [...], esta es la segunda [...]. La primera vez [...] sí que fui a una psicóloga de pago [...]. Yo sé que tenía que ir porque no era normal [...]. Me costó porque yo, contar esto al principio... ahora ya, bueno, pero al principio me costaba muchísimo [...]. Y fui con la psicóloga un tiempo, me iba mejor... [...], pero... no sé qué pasó, que al tiempo volví a caer. También es la falta de trabajo que... tengo más tiempo libre [...]. T: ¿Pero seguías yendo a la psicóloga? ¿Cuánto tiempo fuiste? U4: Pues, digamos... habré ido un año, pero un año... al principio era todas las semanas, luego al mes [...]. Y volví a caer [...], volví a caer y... [...] Ya había acabado el tratamiento, ya no iba, más que todo por el dinero, porque eran 60€ cada vez que iba.”

El usuario 7, ante la incertidumbre sobre su situación judicial, decidió poner en suspenso el tratamiento, debido a la inversión económica que este suponía:

“U7: A ver yo... yo quiero pasar esto. Yo... el psicólogo lo he dejado ahora porque estoy estanco. [...] Pues es que no sé si me van a meter en la cárcel [...]. Entonces yo estoy esperando, es lo que... se lo he dicho al psicólogo. Le digo: voy a dejar de ir a las citas porque valen dinero, son 60 euros [...]. Y hasta que no tenga claro lo que va a ocurrir con el tema judicial no voy a volver.”

Falta de especialización de los profesionales (n = 4).

Algunos usuarios perciben una falta de especialización de los profesionales que les atendieron en el pasado. El usuario 4 acudió a una psicóloga privada antes de comenzar el programa Fuera de la Red, específico para este tipo de delitos:

“U4: Es que claro, esa psicóloga hizo todo lo que pudo, claro, y yo también, pero es que... especialmente en estos temas es muy... nuevo, ¿no? No sé, muy distinto, no... [...]. Lo que... cuando estaba con esta chica [psicóloga programa Fuera de la Red] [...] notaba que era... mejor, o sea... [...] Sí, porque ella es el tema que... este, trabaja viendo el tema este, ¿sabes? [...] Y me iba bastante bien con ella, la verdad que sí.”

El usuario 7, por su parte, no percibía un avance en las sesiones terapéuticas:

“U7: Pero es que... qué le voy a contar si son todos los días igual [...]. Es que tampoco había terapia. Si yo iba y le contaba mis cosas, pero si es que estoy ahí... vengo cada 15 días y siempre es lo mismo.”

El usuario 9 se mostraba preocupado por su orientación sexual, recibiendo una pauta por parte de su médico de cabecera que no se ajustaba a sus necesidades:

“U9: Según aumenta la edad, digamos, es como que cambia un poco mi percepción, o sea, mis gustos. Digamos que si son más jóvenes pues a lo mejor me gustan varones, y según va subiendo la edad, pues al revés. Este es un poco el lío que yo tengo. Y por lo que yo estoy yendo allí, porque realmente no sé si, lo he hablado con mi médico de cabecera, no sabía si me gustaban los chicos, las chicas... Me dijo, pues prueba una cosa u otra y lo sabrás y saldrás de dudas. Tampoco es tan fácil.”

El usuario 10 hablaba sobre las pautas de acción acordadas con su terapeuta:

“T: ¿Cuáles eran esas pautas? U10: Pues por ejemplo...eh...vivía solo, ya no vivo solo... [...] Que consumía drogas y que ya prácticamente no las consumía... [...] Eh... él me dijo déjate, déjate...y bueno...pues... [...] al final lo he conseguido... [...] T: ¿Tú realmente le verbalizaste: estoy consumiendo pornografía infantil o he consumido pornografía infantil? U10: Sí...sí, sí. T: ¿Y la pauta es [...] irte a vivir con alguien, y...? U10: Sí, básicamente sí. T: ¿Y dejar de consumir drogas? U10: Básicamente, sí. [...] Que cambiara de amigos, que tal, que todo eso. Entonces... y ahí se quedó. Yo dije: bueno... [...] Estaba un poco con miedo también la [...] psicóloga [...] y se ve que, no sé, dijo: es que te marcaría ciertas pautas, pero claro es que estas pautas ya las estás cumpliendo... tal, ¿tú te encuentras mejor? Sí. ¿Has vuelto a hacer algo de esto? No. Porque no, no lo he hecho. Y... y, bueno, sí, me ayudó. [...] Me ayudó, pero... no he hecho ningún tratamiento de 25 semanas, ni 40 semanas, ¿vale?”

Anteriormente el psiquiatra le había prescrito ansiolíticos:

“U10: Fui al médico y dije: me ha pasado esto. [...] Y me mandó al psiquiatra, y el psiquiatra lo escuchó todo... [...] Me derivó al psiquiatra y el psiquiatra me dio Diazepam. [...] T: ¿Y qué te dieron, Diazepam? U10: Sí...bueno...a...con pala...quiero decir, mucha cantidad, pero era, todo lo solucionaban con Diazepam.”

Problemática psico-social relacionada con el delito (n = 5).

En algunos sujetos, el consumo de PI se relacionaba con un trastorno por consumo de sustancias y/o alcohol. Para el usuario 1, el momento de la detención supuso un punto de inflexión en la toma de conciencia del trastorno por consumo de alcohol:

“U1: Cuando me pasó esto [...], que dije: esto no... no es marcha. Y me hablaron de un sitio que era la UCA6 [...], fui, y hasta ahora. Y doy gracias de haber ido. Ahora [...] el médico, me va a dar el alta ya [...]. Y a la psicóloga voy a seguir yendo, pero por seguimiento [...]. T: Entonces notas que ha funcionado... U: Sí, sí, sí, sí [...]. T: Entonces me dices que tú decides eh, pedir ayuda a raíz de... [...]. U1: A raíz del registro que me hicieron en casa [...], decidí que eso no era... no, no era... no estaba bien vamos.”

El usuario 13 utilizaba el alcohol como una vía de evasión frente al uso problemático del material pornográfico, siendo los signos del trastorno por consumo de alcohol los que precipitan la búsqueda de un tratamiento:

“U13: Hasta el año pasado, que me dio por beber. T: ¿Relacionado con el juicio? U13: No, no, relacionado con... con este tema. Yo antes nunca había bebido, y intenté enmascararlo, y aunque no llegaba borracho a trabajar, sí que me decían los compañeros que tenía un problema, y que me lo tratase, y días más tarde, me pedí la baja.”

El usuario 11, sin embargo, ya había pedido ayuda previamente a sus familiares para acceder a un tratamiento para el trastorno por consumo de sustancias:

“U11: Después de ver todo el desastre que estaba haciendo con, para conseguir dinero con lo de la base. [...] Estuve un año. [...] Allí sí me, me, me pillé... una depresión, lloraba y todo inclusive, de decir: bueno, dios mío, ¿yo por qué estoy haciendo esto? Me arrepentía luego, pero ya por la mañana me iba al camello. [...]. O sea, que sí, por la noche llorando, por el día loco por ir a ver al camello [...]. Pero sí tenía momentos, hasta, hasta que dije: yo, yo, esto, dios mío, ¿cómo lo puedo solucionar? Ayúdame. Fui a donde mi hermana y mi cuñado y que me digan algo. [...] Tanto mi cuñado como mi hermana se creían [...] que yo estaba enganchado al juego hasta que un día digo: esto no puede seguir así. Me fui a mi hermana y le digo: mira, estoy enganchado a la cocaína y tal y cual.”

En el caso del usuario 7, los problemas económicos y de pareja motivaron la búsqueda de ayuda profesional, aunque con un resultado insatisfactorio:

“U7: Tuvimos que alquilar el piso donde vivíamos nosotros, nos fuimos a vivir con nuestros padres... los inquilinos no nos pagaron nada durante el primer año... Es que fue exagerado. Luego recuperamos el piso al cabo del año, eh... estaba lleno de cucarachas, nos habían destrozado los muebles... Pero es que yo, me tenía que encargar yo de todo. Es que además yo tenía que ir, yo tuve que hacer la fumigación, tuve problemas con ellos porque vivían en la ... también allí. Me rompieron el coche, los retrovisores dos veces, por la noche... Bueno, nada, y yo ya ahí hice ¡pum! [...] Y fui al médico y ya dije... es que no puedo más. Digo... es que estoy trabajando con clientes detrás y estoy llorando. Y cualquier excusa [...] es pa irme a mi casa y... una depresión. [...] Y el médico me mandó a urgencias [...] a psiquiatría. [...] Me medicaron y nada...”

Para el usuario 9, sus dudas respecto a su orientación sexual fueron el motivo de consulta, previa al juicio:

“U9: Antes del juicio, yo ya busqué ayuda psicológica, pues porque en un principio, no tengo claro, no tenía claro, bueno, ni tengo claro, si soy bisexual, si soy homosexual, no, no tenía clara mi sexualidad, y busqué ayuda en ese sentido.”

Aunque la citación judicial provoca un cambio en el foco del trabajo terapéutico:

“U9: Me ha ayudado bastante con el tema del juicio, porque claro, estando yendo allí... [...]. Claro, lo que es trabajar con ella sobre el tema que a mí me preocupaba, pues hemos trabajado poco, la verdad, porque cuando empezamos a hacer algo llegó esto. [...] Mi estado de ánimo ya no era...”

⁶ Unidad de conductas adictivas.

IV. Discusión

El presente estudio detectó cinco temas principales en las experiencias de usuarios de PI en el acceso voluntario a servicios psicológicos: (1) experiencias previas positivas; (2) secretismo y estigma; (3) dificultades en el acceso y adherencia al tratamiento psicológico; (4) falta de especialización de los profesionales; y (5) problemática psico-social relacionada con el delito. Por otro lado, el 46,15% de los entrevistados no había recibido tratamiento psicológico y/o psiquiátrico con anterioridad, y el 71,43% de aquellos que sí lo hicieron, acudieron al psicólogo/psiquiatra por otros motivos; resultando recomendable una réplica del estudio con una mayor muestra.

Desde que comenzara la conciencia pública respecto al fenómeno de la PI, su consumo ha sido considerado como una forma de perversión extrema e imperdonable que, junto al enorme calado en el imaginario colectivo de la figura del “depredador sexual”, ha potenciado su estigmatización (Jenkins, 2001; Ramos Vázquez, 2012; Tamarit Sumalla, 2015). No resulta frecuente, por tanto, que estas personas presenten una motivación intrínseca para el tratamiento antes de la detención (Burke, Sowerbutts, Blundell & Sherry, 2002), dificultando su disposición a la búsqueda de ayuda profesional y su adherencia al tratamiento; tal y como se observa en las entrevistas analizadas. Sin embargo, la necesidad del trabajo preventivo con este colectivo⁷ parece clara (Beier et al., 2015; Burke et al., 2002), siendo para ello necesario que los psicólogos se familiaricen con el lenguaje y los conceptos asociados a la PI, los límites de la confidencialidad en la práctica profesional, las características y el comportamiento de este tipo de delincuentes, así como la introducción de modificaciones en los enfoques de tratamiento tradicionales (dirigidos a delincuentes sexuales de contacto), para facilitar su progreso terapéutico (Burke et al., 2002; Goyette, Rouleau, Renaud & Fortin, 2008; Ly et al., 2018; Seto & Ahmed, 2014).

El consumo de PI ha sido considerado como un indicador válido de la pedofilia (Seto, Cantor & Blanchard, 2006); en estos casos Internet es utilizado como un medio para satisfacer este deseo sexual de una forma “segura” e “indetectable” (Burke et al., 2002). Sin embargo, no todos los consumidores de PI están motivados por intereses sexuales pedófilos, ni todos los pedófilos utilizan PI. En ocasiones esta conducta es una manifestación de una hipersexualidad o de una conducta sexual compulsiva, o está motivada por la curiosidad o la búsqueda de sensaciones, iniciándose en otras ocasiones de forma accidental (Seto & Ahmed, 2014; Southern, 2008). Por otro lado, las investigaciones apuntan que una proporción considerable de delincuentes sexuales presenta algún trastorno psiquiátrico, trastornos por el consumo de sustancias y/o alcohol, trastornos del estado de ánimo, trastornos psicóticos y/o trastornos de la conducta (Ahlmeyer, Kleinsasser, Stoner, & Retzlaff, 2003; Dunsieith, et al., 2004; Kraanen & Emmelkamp, 2011). Es por ello que una evaluación integral del caso (teniendo en cuenta las motivaciones del sujeto para el uso de la PI y la posible presencia de problemática psico-social asociada), asegurando la neutralidad del psicólogo, resulta crucial para una correcta intervención preventiva (Lally & Freeman, 2005; Ly et al., 2018; Seto & Ahmed, 2014). Todos los usuarios deben ser tratados por igual y, a menos que la conducta del usuario represente un riesgo muy grave para terceras personas, el deber de los profesionales de la Psicología es para con su usuario (Lally & Freeman, 2005).

⁷ Y a poder ser, integrado en el Sistema Nacional de Salud, a fin de garantizar su viabilidad (Beier et al., 2015).

Referencias

- Ahlmeyer, S., Kleinsasser, D., Stoner, J., & Retzlaff, P. (2003). Psychopathology of incarcerated sex offenders. *Journal of Personality Disorders, 17*(4), 306-318.
- Beier, K. M., Ahlers, C. J., Goecker, D., Neutze, J., Mundt, I. A., Hupp, E., Schaefer, G. A. (2009). Can pedophiles be reached for primary prevention of child sexual abuse? First results of the Berlin Prevention Project Dunkelfeld (PPD). *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology, 20*(6), 851–867. doi:10.1080/14789940903174188
- Beier, K. M., Grundmann, D., Kuhle, L. F., Scherner, G., Konrad, A., & Amelung, T. (2015). The German Dunkelfeld Project: A pilot study to prevent child sexual abuse and the use of child abusive images. *The Journal of Sexual Medicine, 12*(2), 529-542. doi:10.1111/jsm.12785
- Burke, A., Sowerbutts, S., Blundell, B., & Sherry, M. (2002). Child pornography and the Internet: Policing and treatment issues. *Psychiatry, Psychology and Law, 9*(1), 79-84. doi:10.1375/pplt.2002.9.1.79
- Carley, K. (1993). Coding choices for textual analysis: A comparison of content analysis and map analysis. *Sociological Methodology, 23*, 75-126. doi:10.2307/271007
- Dunsieth, N. W., Jr., Nelson, E. B., Brusman-Lovins, L. A., Holcomb, J. L., Beckman, D., Welge, J. A., ... McElroy, S. L. (2004). Psychiatric and legal features of 113 men convicted of sexual offenses. *The Journal of Clinical Psychiatry, 65*(3), 293-300.
- Fiscalía General del Estado (2019). *Memoria de la Fiscalía General del Estado*. Madrid: Centro de Estudios Jurídicos. Ministerio de Justicia.
- Goyette, M., Rouleau, J. L., Renaud, P., & Fortin, F. (2008). Évaluation et intervention auprès de consommateurs de pornographie juvénile sur internet. *Revue Québécoise de Psychologie, 29*(3), 147-160.
- Herrero, O., Negredo, L., Lila, M., García, A., Pedrón, V., & Terreros, E. (2015). *Fuera de la Red: programa de intervención frente a la delincuencia sexual con menores en la Red*. Madrid: Ministerio del Interior. Secretaría General Técnica.
- Jenkins, P. (2001). *Beyond tolerance: Child Pornography on the Internet*. New York: NYU Press.
- Kraanen, F. L., & Emmelkamp, P. M. (2011). Substance misuse and substance use disorders in sex offenders: A review. *Clinical Psychology Review, 31*(3), 478-489. doi:10.1016/j.cpr.2010.11.006
- Lally, M. C., & Freeman, S. A. (2005). The struggle to maintain neutrality in the treatment of a patient with pedophilia. *Ethics & Behavior, 15*(2), 181-190. doi:10.1207/s15327019eb1502_6
- Ly, T., Dwyer, R. G., & Fedoroff, J. P. (2018). Characteristics and treatment of internet child pornography offenders. *Behavioral Sciences & the Law, 36*(2), 216-234. doi:10.1002/bsl.2340
- Ministerio del Interior (2018). *Anuario Estadístico del Ministerio del Interior 2017*. Ministerio del Interior. Secretaría General Técnica.
- Ramos Vázquez, J. A. (2012). Depredadores, monstruos, niños y otros fantasmas de impureza (algunas lecciones de Derecho comparado sobre delitos sexuales y menores). *Revista de Derecho Penal y Criminología, 3*(8), 195-227.
- Seto, M. C., & Ahmed, A. G. (2014). Treatment and management of child pornography use. *The Psychiatric Clinics of North America, 37*(2), 207-214. doi:10.1016/j.psc.2014.03.004
- Seto, M. C., Cantor, J. M., & Blanchard, R. (2006). Child pornography offenses are a valid diagnostic indicator of pedophilia. *Journal of Abnormal Psychology, 115*(3), 610–615.
- Soldino, V., & Carbonell-Vayá, E. (2017). *Online child grooming: tratamiento individualizado en prisión*. En C. Bringas y M. Novo, *Psicología jurídica: conocimiento y práctica. Colección Psicología y Ley, nº14*. (pp. 101-117). Sevilla: Facultad de Derecho de la Universidad de Sevilla.
- Soldino, V., & Guardiola García, J. (2017). Pornografía infantil: cambios en las formas de obtención y distribución. *Revista Electrónica de Ciencia Penal y Criminología, 19*-28, 1-25.
- Southern, S. (2008). Treatment of compulsive cybersex behavior. *The Psychiatric Clinics of North America, 31*(4), 697-712. doi: 10.1016/j.psc.2008.06.003

- Tamarit Sumalla, J. M. (2015). ¿Caza de brujas o protección de los menores?: La respuesta penal a la victimización sexual de menores a partir de la Directiva europea de 2011. En C. Villacampa, *Delitos contra la libertad e indemnidad sexual de los menores: Adecuación del derecho español a las demandas normativas supranacionales de protección* (pp. 87-106). Cizur Menor: Aranzadi.
- 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. doi:10.1016/j.chiabu.2007.08.005