



INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA "RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ".

Estigma público asociado a las parafilias: el caso del trastorno pedofílico.

Tesis para obtener el diploma de especialización en psiquiatría que presenta:

Dr. Victor Hugo Barajas Olmos

Asesor teórico
Dr. J. Nicolás Ivan Martínez López

Asesora metodológica
Dra. Ana Fresán Orellana

Diciembre de 2021, CDMX.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

Introducción.....	3
1. Marco de Teórico.....	4
1.1. <i>Atracción sexual.....</i>	4
1.2. <i>Sexualidad humana y sus variaciones.....</i>	5
1.3. <i>Trastornos parafílicos.....</i>	6
1.3.1. <i>Clasificaciones actuales.....</i>	6
1.4. <i>Trastorno pedofílico.....</i>	10
1.5. <i>El delito de pederastia.....</i>	12
1.6. <i>Agresores sexuales infantiles y el trastorno pedofílico.....</i>	14
1.7. <i>Inimputabilidad de las personas con trastornos mentales.....</i>	15
1.8. <i>Estigma.....</i>	15
1.9. <i>Efecto del estigma en la salud mental.....</i>	17
1.10. <i>Estigmatización de personas con trastorno pedofílico.....</i>	20
2. Proyecto.....	25
2.1. <i>Planteamiento del problema.....</i>	25
2.2. <i>Pregunta de investigación.....</i>	25
2.3. <i>Justificación.....</i>	26
2.4. <i>Objetivos.....</i>	26
2.5. <i>Hipótesis generales.....</i>	27
3. Materiales y métodos.....	27
3.1. <i>Tipo de estudio.....</i>	27
3.2. <i>Población en estudio; selección y tamaño de la muestra.....</i>	28
3.3. <i>Criterios de inclusión, exclusión y eliminación.....</i>	28
3.4. <i>Variables del estudio.....</i>	29
3.5. <i>Instrumentos de evaluación.....</i>	30
3.6. <i>Procedimiento.....</i>	31
3.7. <i>Análisis estadístico.....</i>	34
3.8. <i>Consideraciones éticas.....</i>	35
3.9. <i>Riesgos y beneficios:.....</i>	35
3.10. <i>Organización.....</i>	38
3.11. <i>Recursos humano y material.....</i>	39
3.12. <i>Financiamiento.....</i>	40
4. Cronograma de actividades.....	40
5. Resultados.....	41
6. Discusión.....	46
7. Limitaciones.....	55
8. Conclusiones.....	56
9. Referencias.....	58
10. Anexos.....	70
10.1. <i>Anexo 1. Viñetas.....</i>	70
10.2. <i>Anexo 2. Constancia curso buenas prácticas clínicas.....</i>	74
10.3. <i>Anexo 3. Consentimiento Informado digital.....</i>	75
10.4. <i>Anexo 4: Información para participantes.....</i>	79

Introducción.

Los trastornos parafílicos en general hacen referencia a los trastornos mentales caracterizados por una excitación sexual atípica. Dentro de estas se encuentra el trastorno pedofílico, que es probablemente, de los trastornos mentales el que tiene la mayor carga de estigma, partiendo del concepto erróneo de que es sinónimo de agresión sexual a pesar de que no todas las personas que presentan atracción sexual persistente hacia los niños realizan algún delito y de que se ha reportado que hasta el 60% de los abusos sexuales infantiles no han sido cometidos por una persona a quien habitualmente le atraen los menores.

Si bien el estigma en torno al trastorno pedofílico es bastante conocido, continúa haciendo imposible tan sólo identificar la prevalencia real del trastorno y no fue hasta años recientes que se ha identificado al estigma del trastorno pedofílico como una barrera para que quien lo posea busque o reciba atención. No obstante, son escasos los países que se han sumado a esta línea de investigación, y dado que en nuestro país la información ha sido escasa, es de relevancia estudiar el tema en nuestra población.

El objetivo del estudio fue describir y comparar elementos particulares del estigma en torno al trastorno pedofílico en México mediante de una encuesta en línea realizada a 523 personas mayores de edad.

1. Marco de Teórico.

1.1. Atracción sexual

El comportamiento sexual humano es parte de la expresión de un impulso biológico básico, el impulso sexual. Los comportamientos sexuales principalmente están ahí para preservar la especie, pero en los humanos, la sexualidad es más amplia que los actos sexuales por sí solos; es una combinación de atracción, pensamientos, fantasías y roles sexuales. La sexualidad humana tiene múltiples significados en diferentes contextos (procreación o placer) y está asociado con nuestro complejo comportamiento social, incluida la expresión y el vínculo emocional, inclusive, en cierta medida, parte de la actividad recreativa (Bradford & Ahmed, 2014; Ventriglio & Bhugra, 2019).

Durante la pubertad el impulso sexual aumenta y el comportamiento sexual se activa, comenzando con la búsqueda de una pareja para la satisfacción sexual.

Históricamente, la atracción sexual se ha considerado rígida, a pesar de que Kinsey investigó una gradación del comportamiento sexual hace más de 60 años. Por lo que el acto sexual está influenciado por la atracción, la disponibilidad, la fantasía y el acto real. En tanto que la orientación sexual constituye la división para definir esta atracción sexual estable hacia el sexo opuesto (heterosexualidad), el mismo sexo (homosexualidad), ambos sexos (bisexualidad), o no mostrar interés en individuos de ambos sexos (asexualidad) después de la madurez. (Balthazar, 2011; Kinsey, Pomeroy, & Sexual, 1948; Ventriglio & Bhugra, 2019).

La orientación sexual posee cuatro componentes y dimensiones: (1) etiquetas autoidentificadas (homosexual, bisexual, heterosexual, etc.) (2) comportamiento

sexual real, que depende de la disponibilidad de los individuos y la oportunidad. (3) sentimientos sexuales autoinformados (fantasías y deseos), estos son personales y pueden no ser reconocidos públicamente o incluso dentro del acto sexual o en una relación. (4) respuestas genitales o cerebrales, es decir excitación medida fisiológicamente a imágenes (Ventriglio & Bhugra, 2019)

Los estudios han reportado que el desarrollo de la orientación sexual implica una interacción compleja de diversos factores como la exposición prenatal a hormonas gonadales o disruptores endocrinos que pueden provocar cambios irreversibles en el sistema nervioso, además de genética, inmunización del cromosoma Y, correlatos neuronales y epigenética (Bogaert et al., 2018; Ganna et al., 2020; Ghanem et al., 2017; Hines, 2011; Schulz, Molenda-Figueira, & Sisk, 2009; Ventriglio & Bhugra, 2019; Wang, Wu, & Sun, 2019)

1.2. Sexualidad humana y sus variaciones

La sexualidad forma una parte central de la identidad individual y afecta tanto el comportamiento sexual como la totalidad del funcionamiento humano y está influenciada por las actitudes sociales. Dado que las fantasías sexuales individuales pueden diferir de los actos sexuales reales y estos a su vez pueden diferir de la orientación sexual real, se ha visto que la mayoría de las personas tienen un grado de comportamiento sexualmente fluido, sin embargo, las culturas a menudo tienen opiniones firmes sobre el sexo y la sexualidad, especialmente sobre la orientación sexual, determinando lo culturalmente aceptado como “normal” y las variantes de la sexualidad como “anormal (Copen, Chandra, & Febo-Vazquez, 2016; Ventriglio & Bhugra, 2019).

La variación sexual se refiere a los deseos y conductas sexuales fuera de lo que se considera que es el rango normal, aunque lo que es inusual o atípico varía entre culturas y de un período a otro. Las actitudes negativas hacia las variaciones sexuales han llevado a la discriminación social como el caso de la homosexualidad que se definió como un trastorno mental hasta 1973, antes de ser eliminada del DSM, pero que todavía se considera contra las leyes de la naturaleza en algunos países (Silva, 1999; Ventriglio & Bhugra, 2019).

Por otra parte, existe un grupo más reducido de la población que presenta atracción sexual que implica objetos o actividades fuera de lo “normal”, conocidos como parafilias, pero que al estudiarse dentro del ámbito clínico podría no ser suficientes para considerarse como patológicas (Seto, Kingston, & Bourget, 2014).

1.3. Trastornos parafilicos

1.3.1. Clasificaciones actuales

El Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales Quinta edición (DSM-5), refiere como parafilia a cualquier interés intenso y persistente que no sea el interés sexual en estimulación genital o caricias preparatorias con parejas humanas fenotipo normal, físicamente maduras y que den su consentimiento. Y en el supuesto de que este interés “atípico” se vuelva persistente y necesario para el disfrute sexual, se considera una parafilia y cuando una parafilia produce angustia o un deterioro del funcionamiento significativos, se considera un trastorno parafilico. Y de acuerdo con esta clasificación para establecer un diagnóstico de uno los ocho trastornos parafilicos el individuo ha cumplido estos deseos sexuales irrefrenables, estos pensamientos o los comportamientos causan angustia o

malestar importante al individuo o daño a los demás. (American Psychiatric Association, 2013; Seto et al., 2014).

De acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades 11^a edición (CIE-11) los trastornos parafílicos se encuentran dentro de los Trastornos mentales, del comportamiento y del neurodesarrollo (Código 6D), se caracterizan por patrones persistentes e intensos de excitación sexual atípica, que se manifiestan como pensamientos, fantasías, deseos intensos o conductas sexuales centradas en terceros cuya edad o situación los hace reacios o incapaces de consentir, y con respecto a los cuales la persona ha actuado o siente un marcado malestar. Pueden incluir patrones de excitación que implican comportamientos solitarios o a personas que pueden dar su consentimiento cuando se asocian con un malestar marcado, que no es simplemente el resultado del rechazo o el temor al rechazo de los demás debido al patrón de excitación, o se asocian con un riesgo significativo de lesión o muerte. A continuación, se describen las parafilias con su codificación de la CIE-11:

- Trastorno exhibicionista (6D30), patrón sostenido, focalizado e intenso de excitación sexual, que se manifiesta con pensamientos, fantasías, deseos intensos, o conductas sexuales persistentes, que implican exponer los genitales a un desconocido en lugares públicos, usualmente sin la intención de lograr un contacto más cercano. Además, para diagnosticar el trastorno exhibicionista, el individuo debe haber actuado según estos pensamientos, fantasías o urgencias o experimentar un marcado malestar debido a ellos. El trastorno exhibicionista excluye específicamente las conductas exhibicionistas consensuadas que ocurren con el consentimiento de las personas involucradas, así como las formas

socialmente sancionadas de exhibicionismo.

- Trastorno voyeurista (6D31), patrón sostenido, focalizado e intenso de excitación sexual, que se manifiesta con pensamientos, fantasías, deseos intensos o conductas sexuales persistentes que involucran observar a una persona desnuda, en el proceso de desnudarse o teniendo alguna actividad sexual, sin que esta persona lo sospeche. Además, para diagnosticar el trastorno voyeurista, el individuo debe haber actuado según estos pensamientos, fantasías o urgencias o experimentar un marcado malestar debido a ellos. El trastorno voyeurista excluye específicamente las conductas voyeuristas consensuadas que ocurren con el consentimiento de la persona o personas que están siendo observadas.
- Trastorno por sadismo sexual coercitivo (6D33), que se caracteriza por un patrón sostenido, focalizado e intenso de excitación sexual, que se manifiesta con pensamientos, fantasías, deseos intensos o conductas sexuales persistentes que implican infligir sufrimiento físico o psicológico a una persona que no lo ha consentido. Además, para diagnosticar este trastorno el individuo debe haber actuado según estos pensamientos, fantasías o urgencias o experimentar un marcado malestar debido a ellos. El trastorno por sadismo sexual coercitivo excluye específicamente al sadismo y masoquismo sexual consensuado.
- Frotismo (6D34), patrón sostenido, focalizado e intenso de excitación sexual, que se manifiesta con pensamientos, fantasías, deseos intensos o conductas sexuales persistentes que involucra tocar o frotarse con otra persona sin su consentimiento en lugares públicos. Además, para diagnosticar este trastorno, el individuo debe haber actuado según estos pensamientos, fantasías o urgencias o

experimentar un marcado malestar debido a ellos. El frotismo excluye específicamente a las situaciones en las que se toca o se frota contra otra persona que ocurren con el consentimiento de las personas involucradas.

- Otros trastornos parafílicos que involucran a personas sin su consentimiento (6D35), un patrón sostenido, focalizado e intenso de excitación sexual, que se manifiesta con pensamientos, fantasías, deseos intensos o conductas sexuales en donde el objeto del patrón de excitación involucra a otros que no están dispuestos o no pueden dar su consentimiento y que no está específicamente descrito en ninguna otra categoría de los trastornos parafílicos (p. ej., patrones de excitación que involucran a cadáveres o animales). El individuo debe haber actuado según estos pensamientos, fantasías o urgencias o experimentar un marcado malestar debido a ellos. El trastorno excluye específicamente las conductas sexuales que ocurren con el consentimiento de las personas involucradas, siempre que tengan la capacidad de dar su consentimiento.

- Trastornos parafílicos que involucra comportamientos en solitario o individuos que dieron su consentimiento (6D36), patrón persistente e intenso de excitación sexual atípica, que se manifiesta con pensamientos, fantasías, urgencias o conductas sexuales que involucran a adultos que dieron su consentimiento o son conductas en solitario. Uno de los dos elementos siguientes debe estar presente: 1) la persona experimenta un marcado malestar por la naturaleza del patrón de excitación y su malestar no es una simple consecuencia del rechazo o temor al rechazo de los demás por el patrón de excitación; o 2) la naturaleza del comportamiento parafílico involucra un riesgo significativo de lesión o muerte para el individuo (p. ej., asfixiofilia o asfixia erótica).

Además de los descritos previamente, la CIE-11 incluye al Trastorno pedofílico (6D32) el cual desarrollaremos más adelante. (World Health Organization, 2019) Joyal (2017) estima que la prevalencia de las parafilias en la población general, es menor del 10% para todos los temas parafílicos, sin embargo su prevalencia exacta continua desconocida, en gran medida a causa de la incertidumbre en torno a la definición clínica y operativa de las parafilias, así como al difícil acceso a las personas con algunos trastornos parafílicos, resultando así, que la mayoría de la información sobre parafilias se derive de muestras clínicas o forenses, con una heterogeneidad sustancial tanto intra, como entre los estudios. (Joyal & Carpentier, 2017; Martínez-López et al., 2019)

Mientras que las parafilias continúan siendo consideradas como conductas sexuales “atípicas”, Castellini (2018) menciona que los pensamientos y comportamientos parafílicos no son realmente una desviación de la normalidad, sino que están bastante extendidos, esto al menos en una muestra de estudiantes universitarios, encontrando que el 41.5% de las mujeres y en el 50.6% de los hombres al menos una vez en la vida ha realizado algún comportamiento considerado parafílico. Con una mayor prevalencia de voyeurismo, exhibicionismo, sadismo y froteurismo en los hombres, y fetichismo y masoquismo en las mujeres. (Castellini et al., 2018).

1.4. Trastorno pedofílico

El trastorno pedofílico se caracteriza por 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. El diagnóstico excluye a menores pre o postpuberales que llevan a cabo conductas sexuales entre sí y que se encuentran cercanos en edad (World Health Organization, 2019).

Cabe destacar que para este trabajo usaremos la CIE-11 para definir al trastorno pedofílico, esto tomando en cuenta que no todas las personas con un patrón de excitación sexual por menores han actuado en respuesta a este y a que Dombert (2016) encontró que menos del 1% de hombres con interés sexual por menores refirieron malestar derivado de su interés sexual hacia los menores (Dombert et al., 2016a; Savoie, Quayle, & Flynn, 2021).

La prevalencia exacta del trastorno pedofílico en población general, como sucede en el resto de las parafilias es desconocida, pero se estima que entre el 3% y 9% de los hombres experimentan atracción hacia niños. En población forense que ha cometido algún delito sexual la prevalencia va desde el 27% en población europea y hasta el 78% en población mexicana, pudiendo estar sobreestimada esta última cifra por los criterios diagnósticos considerados al momento del estudio; se piensa que cuanto más se aleja la atracción del estándar teleofílico (atraído por los adultos), la frecuencia es menor. Por lo tanto, la atracción por los adolescentes pubescentes (hebefilia) podría ser más común que la atracción por los niños prepúberes (paidofilia), y la atracción por los bebés y niños pequeños (nepofilia) aún menos frecuente que la atracción por los niños prepúberes (Ahlers et al., 2011; Dombert et al., 2016b; García, Elvira, & Torres, 2000; Stephens, Seto, Goodwill, & Cantor, 2017).

1.5. El delito de pederastia

Como se mencionó previamente, de acuerdo a la clasificación de la CIE-11 para realizar el diagnóstico de un trastorno pedofílico no es necesario haber actuado en respuesta a la excitación sexual hacia los niños o niñas, teniendo en cuenta esto, el poseer un trastorno pedofílico no se consideraría como un delito.

Por otra parte, en México, de acuerdo con el Código Penal Federal un delito es el acto u omisión voluntaria o imprudente que sancionan las leyes penales. En todo caso hablar específicamente del delito de abuso sexual se refiere a la situación en la que una persona ejecute sobre la víctima sin su consentimiento, o la obligue a ejecutar para sí o en otra persona, actos sexuales sin el propósito de llegar a la cópula, entendiéndose como actos sexuales tocamientos o manoseos corporales obscenos, o los que representen actos explícitamente sexuales u obliguen a representarlos, además, se considera abuso sexual cuando se obligue a la víctima a observar un acto sexual, o a exhibir su cuerpo sin su consentimiento.

Se utiliza el término pederasta a quien se aproveche de la confianza, subordinación o superioridad que tenga sobre un menor de dieciocho años, derivada de su parentesco en cualquier grado, tutela, curatela, guarda o custodia, relación docente, religiosa, laboral, médica, cultural, doméstica o de cualquier índole y ejecute, obligue, induzca o convenza a ejecutar cualquier acto sexual, con o sin su consentimiento. (Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2018).

Valadez-Santiago en 2020 publicó un análisis secundario de la Encuesta Nacional de Salud 2018-19, que es una encuesta probabilística con representatividad

nacional, donde la prevalencia de abuso sexual infantil fue mayor entre las mujeres en comparación con los hombres (3.8 vs. 1.2%). El 10.8% (7.2-15.8) la agresión sexual fue realizada por mujeres, y el 89% (IC 95%: 83.7-92.3) de los perpetradores fueron hombres, sobre todo cuando las víctimas son mujeres 97.5% (94.9-98.8), y un 60% en el caso de los hombres, casi el 1% prefirió no responder (Valdez-Santiago, 2020).

En México la pederastia se castiga con una pena de prisión de entre 9 y 18 años. Si bien nuestro país ocupa el primer lugar a nivel mundial en materia de abuso sexual, violencia física y homicidio en contra de menores de 14 años, en 25 de las 32 entidades que conforman a la federación mexicana no tipifican o consideran como delito grave a la pederastia, dejando así en libertad a personas que invadieron y dañaron la intimidad y seguridad de los niños en nuestro país con tan sólo pagar una fianza que puede ir de 3 días a mil 200 días de salario mínimo. (Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2018; Republica, 2018)

Martínez-López y colaboradores (2019) resumieron el marco jurídico actual de nuestro país con los siguientes puntos:

1. Artículo 209a, Código Penal Federal: Las personas condenadas por "pederastia" pueden estar sujetas a "tratamiento médico integral", que no puede exceder la duración de la pena de prisión requerida.
2. Artículos 181a y 181b, Código Penal de la Ciudad de México: violación, abuso sexual y acoso sexual de menores de doce años.

3. Artículos 183, 184 y 185, Código Penal de la Ciudad de México: corrupción de menores.
4. Artículos 186, 187, 188, 188a, 171, Código Penal de la Ciudad de México: turismo sexual, pornografía infantil, almacenamiento de pornografía infantil, tráfico de menores, retención y secuestro de menores.

Este resumen del marco jurídico del país deja ver las necesidades médico-legales de esclarecer las definiciones conceptuales del trastorno, pues llama la atención que, ante el marco jurídico de nuestro país, el delito es equivalente a trastorno mental (Artículo 209a, Código Penal Federal), por lo que poseer el diagnóstico de un trastorno parafílico podría ser utilizado para modificar la sentencia del caso bajo el argumento de "no culpable por razón de locura", usando como recurso la inimputabilidad.

1.6. Agresores sexuales infantiles y el trastorno pedofílico

Como lo menciona Savoie et al. (2021) en su estudio de revisión respecto al tema, la complejidad en torno al trastorno pedofílico y las variaciones jurídicas en el mundo para definir el abuso sexual infantil, han hecho un reto el establecer la prevalencia de la comisión del delito de abuso sexual infantil en este grupo, sin embargo, ajustando a variables confusoras, calculó que la prevalencia de la agresión en el trastorno pedofílico es del 2% con un rango del 0.05% al 4%. Y que en el caso de población de ofensores sexuales sólo el 19.8% al 23.6% posee un trastorno pedofílico (Savoie et al., 2021; Wilpert, 2017)

Aunque al momento continúa siendo tema de discusión cuales son los factores que influyen para la comisión de delito en quien posea un trastorno pedofílico, los

análisis de regresión para diversas variables han sido más poderosos para segregar el estado del delincuente que la preferencia sexual. Por lo que se han encontrado menos diferencias entre los agresores sexuales con o sin trastorno pedofílico, que al comparar agresores y no agresores (con o sin trastorno pedofílico) (Gibbels et al., 2019; Kruger et al., 2019; Massau et al., 2017; Ristow et al., 2018; Savoie et al., 2021)

1.7. Inimputabilidad de las personas con trastornos mentales

La inimputabilidad se refiere a la falta de culpabilidad debido a que al realizarse un acto que por lo general se considera delictivo, quien lo realiza no tenga la capacidad de comprender el carácter ilícito de aquél o de conducirse de acuerdo con esa comprensión, en virtud de padecer un trastorno mental o “desarrollo intelectual retardado”, a no ser que el agente hubiere provocado su trastorno mental dolosa o culposamente, en cuyo caso responderá por el resultado típico siempre y cuando lo haya previsto o le fuere previsible. Sin embargo, para los autores de este trabajo el padecer o no un trastorno parafilico no exime de culpabilidad a quien cometa el delito de pederastia. (Martínez-López et al., 2019).

1.8. Estigma

Goffman en 1963 menciona que estigma "se refiere a un atributo que desacredita profundamente, reduciendo al individuo que lo posee", en nuestra mente una persona normal y corriente pasa a ser una persona "corrupta y sin valor".

En general, el estigma es un concepto multifacético y por lo tanto su medición requiere de diversos elementos, puede ser descrito en tres niveles conceptuales:

Comenzando con la cognición traducida en estereotipos, que son las creencias negativas acerca de un grupo (ej. peligrosidad, incompetencia, debilidad de carácter, etc.), cuando estas creencias se asocian a una emoción por lo general negativa (ej. ira, miedo, baja autoestima, minusvalía) se denomina prejuicio y como discriminación al comportamiento o a las actitudes negativas en respuesta al prejuicio (aislamiento social, falla en el buscar trabajo u hogar). (Corrigan & Watson, 2002)

Ya que el estigma es polifacético se pueden describir varios tipos de estigma, algunos de ellos propios del sujeto estigmatizado, otros de la población estigmatizante y al menos uno compartido:

Autoestigma. - también llamado estigma internalizado o anticipado, ocurre cuando un individuo afectado por una enfermedad mental respalda los estereotipos sobre la enfermedad mental, anticipa el rechazo social, considera que los estereotipos son relevantes y se cree un miembro devaluado de la sociedad.

Estigma público. - (también conocido como estigma social o promulgado), definido como la percepción estigmatizante sobre una persona que tiene una enfermedad mental respaldada colectivamente por miembros de la población general.

Estigma público percibido. - percepción individual del estigma público.

Estigma personal. - actitudes personales hacia los miembros de un grupo estigmatizado, y puede expresarse en el deseo de distancia social.

Por último, es importante definir además otro componente del estigma: Actitudes hacia la búsqueda de ayuda. - se refiere a la percepción de la necesidad de ayuda, la tolerancia al estigma asociada con la búsqueda de dichos servicios, la apertura

respecto a los problemas y la confianza en que la ayuda será de beneficio. (Schnyder, Panczak, Groth, & Schultze-Lutter, 2017)

1.9. Efecto del estigma en la salud mental

Cualquier grupo minoritario estigmatizado se enfrenta al estrés relacionado al estigma que es un término general que puede referirse a la angustia generada por situaciones particulares a los que se ve expuesto el grupo, por ejemplo, experiencias de discriminación, expectativas de rechazo. Y algunas de las consecuencias del estigma en el sujeto estigmatizado son: rumiación, aislamiento, distorsiones cognitivas, percepción negativa de sí mismo, consumo de alcohol y pérdida de la motivación para seguir tratamiento. (Hatzenbuehler, 2009).

El efecto del estrés relacionado al estigma en la autoestima de la persona estigmatizada podría estar determinado por sus propias creencias, es decir quienes perciben el trato negativo que reciben de los demás como legítimo mantendrán una autoestima bajo, al contrario quienes no creen que este trato está justificado tendrán una autoestima intacta y de estas últimas quienes se identifiquen con el grupo estigmatizado mostraran un enojo justificado, mientras que las que no lo hagan parecerán inconscientes del autoestigma (Corrigan & Watson, 2002)

Según esta hipótesis, Livingston (2020) identificó que la discriminación diaria predijo aumentos momentáneos en el estado de ánimo ansioso y deprimido, $b = .34$, $p < .001$. En particular, estos efectos fueron más pronunciados entre las personas que informaron niveles más altos de ocultación de identidad, $b = .25$, $p < .001$, y experiencias previas de victimización basadas en minorías sexuales, $b = .18$, $p = .05$. Los efectos principales de la victimización acumulada de por vida y el

ocultamiento de la identidad, se asociaron con calificaciones más altas de estado de ánimo ansioso y deprimido durante el estudio de dos semanas. (Livingston et al., 2020)

Uno de los grupos estigmatizados de mayor estudio son las personas que padecen trastornos mentales o discapacidad psicosocial; y la presencia de estigma en estas condiciones tiene efecto sobre su atención médica. Hatzenbuehler (2009) describió que existe asociación de una menor búsqueda de atención con las actitudes hacia la búsqueda de ayuda (OR = 0.80, IC 95% 0.73-0.88) y las actitudes estigmatizantes hacia las personas con una enfermedad mental (OR = 0.82, IC 95% 0.69-0.98). Mientras que el estigma internalizado mostró una asociación insignificante (OR = 0,88; IC del 95%: 0,76 a 1,03) y el estigma público percibido no se asoció como se puede ver en la **Figura 1**. La literatura evidencia que si bien la reducción del estigma en algunas de las enfermedades mentales ha disminuido a lo largo de los años, en algunas otras ha sido menos evidente la reducción y que su estudio permite desarrollar estrategias para la reducción del estigma (Drew et al., 2011; Schnyder et al., 2017; Talbott, 2012).

Como lo describe Loch (2020), luchar contra el estigma de las enfermedades mentales es como pescar un pez con las propias manos: “es *complicado, resbaladizo*”. Esto con la intención de resaltar la necesidad de generar información científica en el tema que permita emplear las herramientas e información adecuadas para hacerlo de una manera que efectivamente funcione (Loch et al., 2021).

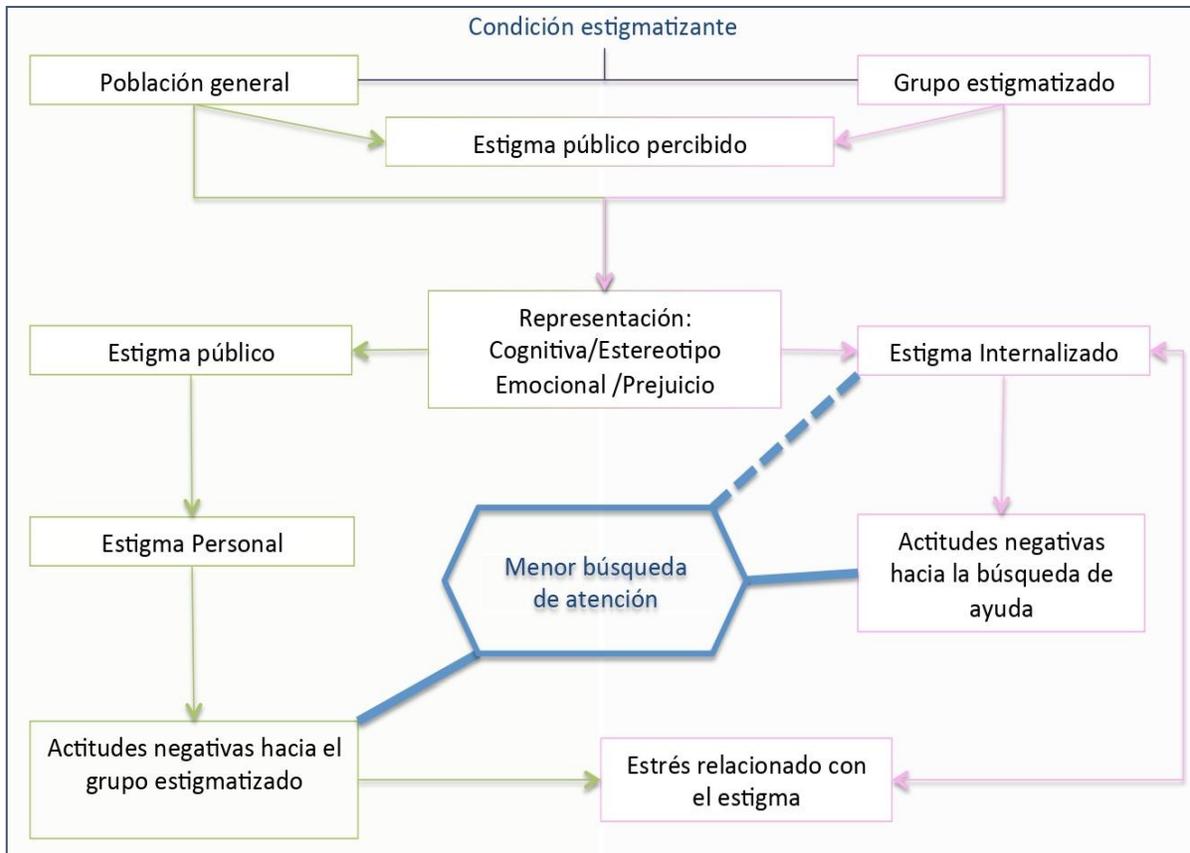


Figura 1. Estigma y su asociación con la menor búsqueda de atención. El estigma hacia alguna condición particular y sus distintos componentes surgen de la conjugación de las cogniciones, emociones y actitudes de la población, tanto del grupo estigmatizado (color rosa), como de la población general (color verde), y se asocia a una menor búsqueda de atención (líneas azules: continuas, asociación significativa; punteada, asociación no significativa) (Corrigan & Watson, 2002; Schnyder et al., 2017).

Afortunadamente, existen diversos grupos de trabajo a nivel mundial que han comenzado a no sólo identificar el estigma en torno a los trastornos mentales, sino a evaluar el efecto que tienen las intervenciones principalmente educativas en la percepción pública y autopercepción en torno a las enfermedades mentales, demostrando efectos moderados de acuerdo a las intervenciones, pero por lo general logrando reducir el estigma estudiado en cuestión (Loch et al., 2021; Modelli et al., 2021; Xu, Huang, Kösters, & Rüscher, 2017; Xu, Rüscher, Huang, & Kösters, 2017).

1.10. Estigmatización de personas con trastorno pedofílico

La evidencia científica sobre el estigma se ha incrementado en los últimos 20 años, permitiendo entender su impacto en la vida de las personas estigmatizadas y optimizar los programas para el combate del estigma. Por el contrario, la estigmatización de las personas con pedofilia ha recibido menos atención y fue hasta años recientes que diversos autores han comenzado a evidenciar el estigma de este trastorno mental (Hatzenbuehler, 2009; Jahnke, Schmidt, Geradt, & Hoyer, 2015).

La imagen de la persona con trastorno pedofílico como delincuente sexual o depredador infantil se evoca tan comúnmente en el debate público que casi se ha convertido en una verdad de las culturas occidentales, influidas en parte a la información a la que la población general se encuentra expuesta, como lo es la cobertura mediática de la pedofilia, emocionalmente cargada, estigmatizante y uniformemente negativa de la pedofilia, donde no se diferencia entre trastorno pedófilo como trastorno mental y las ofensas sexuales contra niños. Y que se ha demostrado que tiene un impacto directo, en la conciencia pública donde se considera al trastorno pedofílico como menos merecedor de aceptación, en comparación a la mayoría de las otras condiciones relevantes para el riesgo de delitos sexuales, incluidas las que se comparan en términos de rareza (Lehmann, Schmidt, & Jahnke, 2021; Stelzmann, Jahnke, & Kuhle, 2020).

Contrario a la realidad, la percepción pública es que la excitación sexual de este trastorno es controlable, en el sentido de que una persona puede elegir si tiene o no estos impulsos sexuales, por lo que el 79% de las personas no están de

acuerdo en que quien padece un trastorno pedofílico posee un trastorno mental e inversamente, sólo el 21% piensa en que la paidofilia se puede tratar con éxito (Jahnke, 2018; Lam, Mitchell, & Seto, 2010; K. McCartan, 2004; K. F. McCartan, 2010).

Dentro de los estereotipos uno de los mayormente descritos en la literatura es que son personas agresivas, pues a pesar de que en la literatura internacional se ha evidenciado que algunas personas con intereses sexuales en niños nunca realizan un comportamiento que involucre a un menor, probablemente porque entienden y concuerdan con que el abuso sexual es perjudicial para los niños; la mayoría de población general concuerda en que participan en una variedad de actividades tanto sexuales, como no sexuales con niños (Besos, 61%; caricias, 90%; masturbación, 86%; sexo, 76%, pasar tiempo, 70%; conversación, 76%). Y cuando se piensa en alguien con trastorno pedofílico, la mayoría mencionó "abuso sexual de niños" (68.6%), solo una pequeña minoría sugirió que este podría no ser necesariamente asociado (11.8%), asimismo, no se mencionaron rasgos positivos de estas personas. Y sí se habla de consumidores de pornografía infantil el 63,6% de las veces son percibidos como una persona que padece el trastorno pedofílico, siendo las mujeres quienes asocian más el delito de consumo de pornografía infantil con el trastorno pedofílico 67% Vs 59% ($p < 0.05$). (Dombert et al., 2016b; Holt, Blevins, & Burkert, 2010; Levenson, Willis, & Vicencio, 2017; Schmidt, Mokros, & Banse, 2013).

Jahnke y colaboradores (2018) publicaron una revisión de la literatura más reciente donde se resalta que el trastorno pedofílico se encuentra entre los trastornos que

provocan la mayor discriminación, resultando en un mayor distanciamiento social. Los predictores más fuertes del distanciamiento social son las reacciones afectivas de ira e inversamente la lástima y la actitud política del autoritarismo de derecha. En la misma publicación se describe que casi todas las reacciones hacia las personas con pedofilia fueron más negativas que las percepciones hacia los otros grupos de trastornos mentales (ej. personas que abusan del alcohol, sádicos sexuales y las personas con tendencias antisociales) y del 14 al 28% de los participantes estuvieron de acuerdo en que las personas con pedofilia deberían estar mejor muertas, incluso si nunca habían cometido actos delictivos (Jahnke, 2018).

Quienes padecen el trastorno pedofílico son percibidos como personas extremadamente peligrosas, pues más de la mitad de la población (58%) está de acuerdo en que son malos, además se percibe que con la presencia del trastorno la gravedad es mayor en caso de que sea cometido un delito. Dando en consecuencia el enojo hacia este grupo y la intención de abstenerse de contacto personal en prácticamente todos los niveles de interacción social, es decir, un mayor distanciamiento social. (Dombert et al., 2016b; Holt et al., 2010; Jahnke, Schmidt, et al., 2015; Levenson et al., 2017; Marshall & Kingston, 2018; Schmidt et al., 2013).

A pesar de que la pedofilia en población no forense sigue siendo poco estudiada los estudios realizados en población general de posibles personas con trastorno pedofílico, han identificado que el distanciamiento social percibido por el grupo estigmatizado es notablemente mayor al distanciamiento social real encontrado en

las encuestas públicas de estigma, niveles bajos de afrontamiento centrado en la emoción, presencia de miedo al descubrimiento y adicionalmente se ha identificado al aislamiento social como predictor de comisión de delito. (Dombert et al., 2016b; Holt et al., 2010; Jahnke, Schmidt, et al., 2015; Levenson et al., 2017; Marshall & Kingston, 2018; Schmidt et al., 2013)

1.11. Estigma como barrera para la búsqueda de atención.

Como se describió previamente, las actitudes personales hacia la enfermedad mental y las actitudes hacia la búsqueda de atención están asociadas con la búsqueda activa de la ayuda y en el caso de la pedofilia se ha identificado una alta presencia de ideación suicida crónica, que no se encuentra relacionada al historial de compromiso con un niño, ni con el contacto con el sistema de justicia penal, sino con los efectos psicosociales del intenso estigma en torno a la pedofilia, y aunque indirectamente, con consecuencias negativas para la prevención del abuso infantil, ya que en quienes son agresores sexuales y abandonan el tratamiento, las probabilidades de reincidencia se duplican. (Cohen et al., 2020; Finkelhor, Ormrod, & Chaffin, 2009)

Los estudios en posibles personas con trastorno pedofílico han revelado que la mayoría se da cuenta de sus intereses sexuales inusuales en la adolescencia temprana y el 52% refiere que buscaría ayuda profesional, incluso si eso significara hablar sobre sus intereses sexuales con un extraño, pero sólo el 36% cree que un profesional de la salud lo podría entender. (Mitchell y Galupo, 2016; Piché et al., 2016).

Aquellas personas que sí tuvieron la oportunidad de recibir ayuda mencionan haberse enfrentado a otros obstáculos, describen haber realizado múltiples intentos

de buscar terapia con varios consejeros antes de encontrar uno que fuera visto como útil, pues a menudo está poco enterado del tema y respalda las suposiciones de ofensas prolíficas e incontrolables; como resultado, quienes si recibieron atención en salud mental, no la obtuvieron hasta muchos años después de reconocer por primera vez sus atracciones (32 años), y menos de la mitad informaron satisfacción con los servicios que recibieron (B4U-ACT, 2011).

Al ser evidenciada la importancia del tratamiento y su relación con el estigma programas como *B4-UACT* en E.U.A. y *Don't offend* en Alemania, dirigen parte de sus esfuerzos a la promoción de la búsqueda de ayuda y al mismo tiempo a la lucha contra el estigma, logrando disminuir las actitudes negativas y por consiguiente alcanzando un mayor acercamiento a los servicios de atención de quienes padecen el trastorno pedofílico. (B4U-ACT, 2011; Institute of Sexology and Sexual Medicine, 2018; Jeglic & Calkins, 2016).

No obstante, dado que se trata de uno de los trastornos más estigmatizantes, incluso los profesionales de la salud pueden llegar a propiciar las actitudes negativas hacia la búsqueda de ayuda, tan sólo en la literatura científica algunos autores han publicado opiniones que fomentan el estigma de la pedofilia p. ej. "Pessimism about pedophilia. There is no cure, so the focus is on protecting children" publicado en The Harvard mental health letter / from Harvard Medical School, aunado a lo anterior se ha reportado que en el personal dedicado a la salud mental existe una menor disposición para interactuar con personas que padecen de trastorno pedofílico, que con personas que padecen otros trastornos, exceptuando al trastorno de personalidad antisocial, contrastando con terapeutas que poseen conocimiento en el tema, quienes si se muestran dispuestos a trabajar con

personas con trastorno pedofílico. (Bach & Demuth, 2018; Levenson & Grady, 2019; Levenson et al., 2017; Thomas, Phillips, & Blaine, 2015)

2. Proyecto

2.1. Planteamiento del problema

Se ha descrito que el estigma en torno a los trastornos mentales aleja de la búsqueda de atención a quienes los padecen y que su estudio permite identificar sus componentes particulares, haciendo posible generar estrategias efectivas que logran contrarrestar la barrera que representa el estigma para la búsqueda de atención en salud mental.

Uno de los trastornos mentales más estigmatizados es el trastorno pedofílico, probablemente como resultado de la percepción falsa de que es sinónimo de agresión sexual a menores de edad. Si bien el estigma del trastorno pedofílico ha sido poco abordado, en años recientes ha incrementado la evidencia científica respecto al tema, así como de su posible influencia en las actitudes negativas hacia la búsqueda de atención y ya que en nuestro país la información ha sido escasa, abordar el tema es indudablemente necesario.

2.2. Pregunta de investigación.

¿Existe diferencia en el estigma público del trastorno pedofílico (peligrosidad, comisión de delito, inimputabilidad, causas y sexo de los involucrados) en población mexicana de acuerdo con la presencia o ausencia del trastorno y/o de agresión hacia un menor?

2.3. Justificación.

El estudio del estigma en torno a la pedofilia ha permitido reconocer componentes específicos de este obstáculo que aleja a las personas de buscar o recibir atención. El presente estudio permitirá conocer el estigma público, con la intención de identificar componentes particulares (percepción de peligrosidad, comisión de delito, inimputabilidad, causas y sexo inferido de las personas involucradas) y así, poder identificar posibles áreas de oportunidad para el desarrollo de estrategias enfocadas en reducir el estigma de este trastorno mental, e indirectamente acercar a las personas que padecen el trastorno pedofílico a los servicios de atención en salud mental.

2.4. Objetivos

2.4.1. Objetivo general

Comparar el estigma público del trastorno pedofílico en población mexicana en términos de peligrosidad, comisión de delito, inimputabilidad, causas y sexo de los involucrados (adulto y menor) de acuerdo con la presencia o ausencia del trastorno y/o de agresión hacia un menor.

2.4.2. Objetivos secundarios:

1.- Describir los componentes del estigma público del trastorno pedofílico en población mexicana en términos de peligrosidad, comisión de delito, inimputabilidad, causas y sexo de los involucrados (adulto y menor) de los cuatro casos presentados en viñetas:

- ✓ Agresor sexual sin trastorno pedofílico (Viñeta 1)

- ✓ Persona con trastorno pedofílico que no ha realizado una agresión sexual y le genera malestar. (Viñeta 2)
- ✓ Persona con trastorno pedofílico que ha realizado una agresión sexual por tocamientos. (Viñeta 3)
- ✓ Persona con trastorno pedofílico que ha realizado una agresión sexual por violación. (Viñeta 4)
- ✓ Del trastorno en combinación a agresión hacia un menor (tocamientos o violación) [viñeta 3 Vs viñeta 4]

2.5. Hipótesis generales.

1.- El estigma público del trastorno pedofílico en términos de peligrosidad y comisión de delito e inimputabilidad, será mayor de acuerdo con la presencia del trastorno en combinación con agresión sexual hacia un menor.

2.- En todos los casos, la “debilidad de carácter” será identificada como la principal causa del trastorno

3.- La mayoría de los participantes inferirá que el adulto descrito en la viñeta será un hombre y el menor de edad descrito, una mujer.

3. Materiales y métodos

3.1. Tipo de estudio

Feinstein en su libro de 1985 Epidemiología Clínica. La arquitectura de la investigación clínica, presenta lo que denomina como cinco ejes básicos de la arquitectura de la investigación y de acuerdo con esta clasificación:

1. Según propósito general: Comparativo.

2. Según tipo de agente evaluado: Procedimientos.
3. Según asignación de los agentes evaluados: Encuesta.
4. Según dirección en el tiempo: Transversal.
5. Según los componentes de los grupos: Homodémicas (Feinstein, 1985).

3.2. Población en estudio; selección y tamaño de la muestra

El reclutamiento de la muestra fue de forma abierta, por disponibilidad y se realizó por medio de una plataforma digital.

3.3. Criterios de inclusión, exclusión y eliminación

3.3.1. Criterios de inclusión:

- ✓ Hombres o mujeres.
- ✓ Mayores de 18 años.
- ✓ Saber leer y escribir.
- ✓ Contar con habilidades y conocimiento básico para navegar en internet y acceder a la plataforma.

3.3.2. Criterios de exclusión:

- ✓ Debido a la naturaleza de la plataforma digital, no se reportaron criterios de exclusión.

3.3.3. Criterios de eliminación:

- ✓ Participantes identificados como menores de 18 años de edad, a través de la ratificación de la edad en la sección de variables demográficas de la

plataforma digital.

3.4. Variables del estudio

Tabla 2. Variables.				
Variable	Definición Conceptual	Definición operacional	Tipo/ Escala	Medición
Demográficas				
Edad	Dígase del tiempo medido en años que ha vivido el participante.	Esta fue anotada en la escala por el participante utilizando dos dígitos.	Continua	≥18 años
Género	Se refiere al sexo biológico del sujeto ya sea masculino o femenino	En la escala se definió como masculino o femenino	Nominal dicotómica	Masculino, femenino
Estado civil	Condición de una persona en relación con su matrimonio, que se hacen constar en el Registro Civil y que delimitan el ámbito propio de poseer y responsabilidad que el derecho reconoce a las personas naturales. (Real Academia Española, 2019)	Estado conyugal durante el que se encontraba el participante al momento de realizar la encuesta, incluidos los no declarados ante el registro civil.	Nominal policotómica	Soltero, casado/unión libre, divorciado/separado.
Escolaridad	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente (Real Academia Española, 2019)	Es el grado máximo de estudios que el encuestado había finalizado.	Ordinal	Primaria, secundaria, media superior, superior, posgrado.
Ocupación	Trabajo, empleo, oficio (Real Academia Española, 2019).	Actividad a la que el participante se dedica primordialmente, remunerada o no remunerada.	Nominal, policotómica	Ninguna, hogar, estudiante, empleo, desempleado
Trastorno paidofílico y agresión cometida				
Trastorno paidofílico	Definición acorde a la CIE-11	Se utilizaron cuatro viñetas en donde se presentó un caso clínico que controló esta variable.	Nominal dicotómica	Presente en viñeta 2,3 y 4. Ausente en viñeta 1.
Agresividad	Comportamiento que predominantemente es un resultado de la evaluación espontánea de situaciones sociales, que evocan cogniciones específicas, reacciones afectivas y excitación. (Bluemke & Teige-Mocigemba, 2015).	Conducta que realizó una persona mayor de edad resultado de la excitación sexual.	Nominal dicotómica	Presente en viñeta 1,3 y 4. Ausente en viñeta 2
Estigma público				
Reconocimiento del trastorno pedofílico	Definición de trastorno pedofílico de acuerdo con la CIE-11	La pregunta 2 fue abierta en donde el participante escribió la enfermedad mental que consideró el sujeto presentó.	Nominal policotómica	Paidofilia o pedofilia, cualquier otro que el participante escriba.
Reconocimiento de un trastorno mental	Trastorno mental: Síndromes que se caracterizan por una alteración clínicamente significativa en la cognición, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo que refleja una disfunción en los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen al funcionamiento mental y comportamental. (World Health Organization, 2019)	En la pregunta 1 y 3: se evaluó la percepción de que se padece un trastorno mental y las causas de este como ser débil de carácter, problemas médicos, familiares, psicológicos o biológico-social-personal.	Nominal dicotómica	Dicotomización de la Escala de Likert: En desacuerdo (Totalmente en desacuerdo, En desacuerdo) o De acuerdo (De acuerdo, Totalmente de acuerdo)

Comisión de un delito	Delito: Acción u omisión voluntaria o imprudente sancionada por las leyes penales. (Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2018)	Pregunta 4: Reconocer como delitos el contacto sexual de las viñetas 1,3 y 4.	Nominal dicotómica	
Inimputabilidad	Es decir, la falta de culpabilidad debido a que al realizarse un acto que por lo general se considera delictivo, quien lo realiza no tenga la capacidad de comprender el carácter ilícito de aquél o de conducirse de acuerdo con esa comprensión, en virtud de padecer un trastorno mental o “desarrollo intelectual retardado”, su estado mental. (Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2018)	Pregunta 5: Mostrarse en desacuerdo en las viñetas 1, 3 y 4 respecto a la inimputabilidad de la agresión.	Nominal dicotómica	
Peligrosidad	La capacidad de generar daño o discapacidad grave a uno mismo o a otros (Segal, Watson, Goldfinger, & Averbuck, 1988)	Pregunta 6 y 7: La percepción de que el sujeto pudiese dañar a la sociedad o que su comportamiento es impredecible.	Nominal dicotómica	
Sexo inferido del sujeto	Condición orgánica, masculina o femenina, de los animales y las plantas, órganos sexuales.(Real Academia Española, 2019)	Pregunta 8: Percepción del sexo del sujeto con experiencias pedofílica	Nominal dicotómica	Hombre o mujer
Sexo inferido del menor	Condición orgánica, masculina o femenina, de los animales y las plantas, órganos sexuales.(Real Academia Española, 2019)	Pregunta 9: Percepción del sexo del menor de edad involucrado en la viñeta.	Nominal dicotómica	Niño o niña

3.5. Instrumentos de evaluación

3.5.1. Cuestionario de Concepto Público de Peligrosidad

El cuestionario utilizado fue una versión modificada del Cuestionario de Concepto Público de Peligrosidad que es un instrumento auto aplicable diseñado con el objetivo de evaluar el estigma público de agresividad y peligrosidad del paciente con esquizofrenia (A. Fresán, Robles-García, De Benito, Saracco, & Escamilla, 2010). Demostró tener una adecuada consistencia interna (0,74). Conformado por diversos reactivos en donde se registra y concentra la información necesaria para la valoración del estigma público de agresividad y aspectos sociales de la enfermedad mental. Para el presente estudio se incluyó la siguiente información del instrumento:

Factor de Enfermedad Mental: Con valor de eigen de 1,3 y varianza de 17,2%. En este factor se agruparan los reactivos relacionados con la

enfermedad mental y aspectos sociales del estigma de peligrosidad, es decir, el reconocimiento de una enfermedad mental a partir de los síntomas descritos en la viñeta, así como la forma en la que esta puede ser manejada, su impacto en caso de existir algún delito relacionado a los síntomas y la percepción de peligro para la sociedad (A. Fresán et al., 2010).

3.5.1.1. Modificaciones al cuestionario.

Se agregaron tres preguntas al cuestionario original (2, 8 y 9). De esta manera por medio de nueve reactivos la escala permitió evaluar el estigma público, de manera particular la concepción pública de la pedofilia como enfermedad mental, su peligrosidad, la identificación de un delito, su inimputabilidad y la percepción pública de respecto al sexo de las personas presentadas. En el Anexo 1 se muestran las viñetas creadas para el estudio, acompañada del cuestionario modificado para nuestro estudio.

3.6. Procedimiento

1. Se diseñó una encuesta en línea en la plataforma de RSform Pro!®, que permitió el acceso a través del siguiente link https://www.psiquiatriamexico.com.mx/index.php?option=com_rsform&view=rsform&formId=73, con cualquier dispositivo móvil o fijo con conexión a internet y compatible con la página web. La liga permaneció vigente desde agosto de 2020 a octubre de 2021.
2. Previo a su publicación se realizó un periodo de prueba para asegurar su funcionamiento y los datos recabados fueron eliminados previo a su divulgación.

3. A la par de habilitarse la encuesta en la página web, se comenzó a dar divulgación de la encuesta a través de las redes sociales creadas para el proyecto, Instagram, Facebook y Twitter con el nombre de Encuesta INPRFM. Las cuáles fueron utilizadas exclusivamente con la finalidad de divulgación de la encuesta, no se divulgó información más que la concerniente a la invitación para la participación. Para evitar el mal uso de los medios no se respondieron comentarios de manera pública y fueron eliminados los comentarios ofensivos o que pudieran sesgar la opinión de los posibles participantes.

4. Al ingresar al link, la primera sección mostrada consistió en la lectura del consentimiento informado digital (Anexo 3) en donde se incluyó: nombre, objetivo, procedimiento, datos de contacto, posibles riesgos y beneficios de su participación, además de la declaración de confidencialidad de sus respuestas y del anonimato, de igual manera se le comunicó que no se intentó capturar información que no proporcionaron voluntariamente y que sus direcciones IP no formaron parte de ello, además se advirtió respecto a que los temas podrían ser sensitivos para algunos participantes y que en cualquier momento que lo decidieran podrían salir de la página y con ello abandonar el estudio.

5. Los sujetos que decidieron participar continuaron a la siguiente sección en donde, dieron clic en la casilla de conformidad y comprensión de puntos clave del consentimiento informado. Lo que les envió a la siguiente sección, en donde recabaron las variables demográficas.

6. Al completar las variables demográficas, se pasó a contestar las 4 viñetas, cada una de las viñetas fue presentada individualmente con su respectivo

cuestionario de Concepto Público de Peligrosidad, permitiendo pasar a la siguiente viñeta únicamente al finalizar el cuestionario, sin la posibilidad de regresar a la viñeta previa, manteniendo la misma secuencia de presentación para todos los participantes.

7. Al finalizar la cuarta viñeta, el participante confirmó el envío de sus respuestas y datos. Y se desplegó una ventana en donde se presentó la posibilidad de descargar información creada para nuestros participantes respecto a los trastornos parafílicos (anexo 4).

8. Los datos fueron recabados de manera automática por la plataforma RSForm! Pro2.3.13 © 2007-2021 RSJoomla!, la cual de manera automática asignó un número de folio que correspondió al número consecutivo de respuesta recibida.

9. Los miembros del equipo de investigación designado realizaron vigilancia y mantenimiento de la liga, además resolvieron dificultades en cuanto al área de tecnologías de la información se refiere.

10. Los datos recabados fueron vaciados en una base de datos (XMLS) que facilitó su manejo.

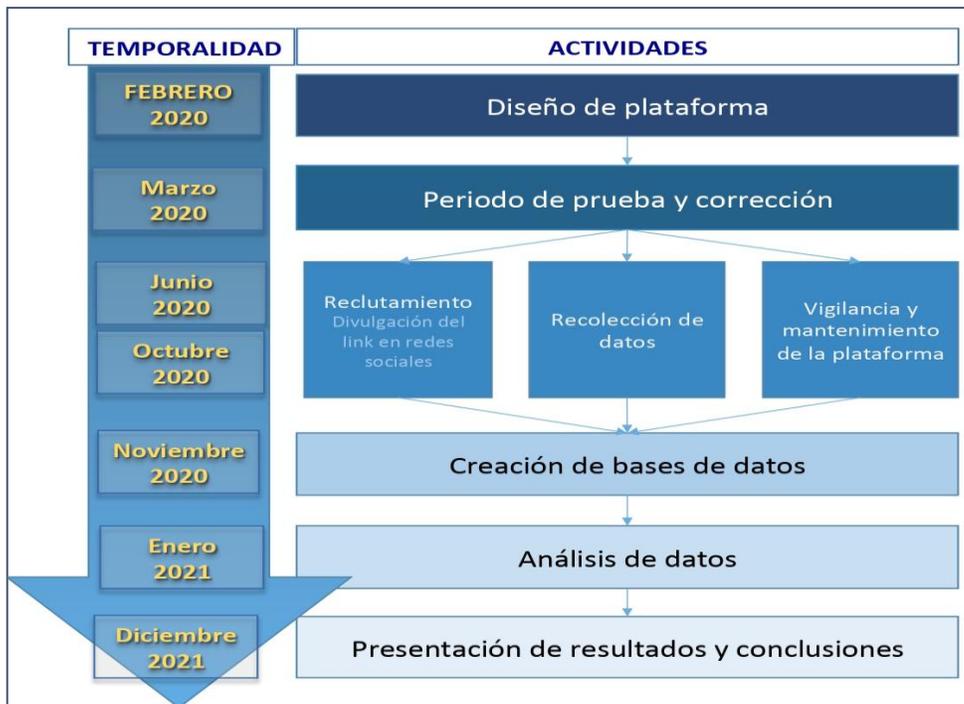


Figura 2.- Flujograma de trabajo.

3.7. Análisis estadístico

La descripción de las variables nominales se realizó con frecuencias y porcentajes y con medias y desviaciones estándar (D.E.) para las variables continuas. Para la comparación entre las distintas viñetas empleadas en el estudio, las variables del Cuestionario Público de peligrosidad fueron dicotomizadas en “acuerdo” y “desacuerdo” y se compararon mediante chi Q de Cochran (más de dos muestras relacionadas), para el contraste de las cuatro viñetas, dado que todas fueron contestadas por los mismos sujetos. En el caso de encontrar diferencias en el análisis de las cuatro viñetas, se realizó un análisis post hoc, para identificar entre cuáles viñetas se están presentando las diferencias. Para este fin, se realizarán comparaciones con la Prueba de McNemar (dos muestras relacionadas). La significancia estadística se fijará en una $p < 0.05$. Se empleó el programa estadístico

SPSS en su versión 21 para PC.

3.8. Consideraciones éticas

La presente investigación se apegó al estándar internacional ético y de calidad científica, los derechos, la seguridad y el bienestar de los sujetos, acorde a los principios que tienen su origen en la Declaración de Helsinki y lo estipulado en la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud:

- ✓ Se basó en la literatura científica más actual disponible del tema.
- ✓ Todos los posibles participantes fueron informados de los objetivos, métodos, posibles beneficios, posibles riesgos, las molestias que el estudio pudo haber acarreado, así como su libertad de no participar en el estudio y de revocar su consentimiento durante su participación.
- ✓ La posibilidad de que las personas consintieran bajo coacción se minimizó, ya que el reclutamiento fue a través de redes sociales, en su mayoría con personas no conocidas por los investigadores, así se evitó que los participantes pudieran percibir una relación de subordinación con el equipo de investigación.
- ✓ No se recabaron datos de identificación personales (ej. nombre y fecha de nacimiento), por lo que se mantuvo el anonimato y confidencialidad de los participantes, pues no se tuvo y no se buscó el acceso a sus datos de navegación como la dirección IP.

3.9. Riesgos y beneficios:

Se realizó la evaluación de los posibles riesgos y beneficios a pesar de que acorde

al Artículo 17 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud se consideró como una investigación sin riesgo, ya que se trató de una encuesta y no se realizó ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los sujetos, ni se trataron aspectos sensitivos de su conducta.

- a) Posibles riesgos: Las historias presentadas incluyeron situaciones hipotéticas que pudieron haber sido consideradas como inapropiadas u ofensivas por algunas personas, por lo que las viñetas fueron escritas utilizando un lenguaje apto para todo público y con la intención de atender a este posible riesgo mediante el consentimiento informado digital, previo a comenzar la encuesta se informó del mismo y de que la participación sería estrictamente voluntaria, así como de que en todo momento previo a la confirmación del envío de respuestas, se podría haber abandonado el estudio. Además, se recomendó reconsiderar la participación en el caso de que la historia personal de los participantes se relacionara a los temas de excitación sexual por menores y/o al abuso sexual de menores.

A cada uno de nuestros participantes se les informó de que en caso de que el haber abordado estos temas hubiera generado un malestar emocional, se podrían haber comunicado a través de las redes sociales o de los datos de contacto en el consentimiento informado digital, para que posteriormente les hubiera sido recomendada alguna instancia pública, en la que se le hubiera podido brindar atención en salud mental cercana a su localidad. Esta comunicación fue voluntaria con el equipo de trabajo y fue la única situación por la que el anonimato del participante pudo verse comprometido,

exclusivamente por iniciativa del participante.

Debido a las características de la recolección de muestra a nivel nacional, la institución sugerida para el participante que hubiese reportado malestar emocional, habría sido identificada la unidad más cercana, para lo cual se le hubiera solicitado la siguiente información:

- ✓ Ciudad de vivienda (Municipio/alcaldía y estado),
- ✓ Código postal
- ✓ Indicar si posee alguna afiliación al IMSS o ISSSTE.
- ✓ Comunicar si posee acceso limitado a servicios de salud por condiciones geográficas.

Sin embargo, ningún participante solicitó apoyo o expreso malestar emocional.

b) Beneficios directos a los participantes: A todos los posibles participantes se les informó que por su participación no se verían beneficiados directamente, ni recibirían remuneración por ello. Sin embargo, se les incentivó a participar al recordarles que podrían dar a conocer su opinión en un tema poco estudiado en México y así colaborar en el entendimiento del mismo.

Además, como posible beneficio al finalizar su participación se les presentó la opción de recibir información acerca del trastorno pedofílico, elaborada exclusivamente con fines informativos.

c) Beneficios indirectos: Considerando que la estimación de la prevalencia del trastorno pedofílico en hombres va del 3-9 % y que la población total de hombres en México es de aproximadamente 58 millones, al menos 1.7 millones de los hombres mexicanos contarían con este trastorno, lo que

denota un número nada despreciable de sujetos con la necesidad de acercarse a la atención en salud mental y que pudieran beneficiarse de nuestro estudio, ya que la reducción del estigma en torno al trastorno pedofílico necesitará primeramente conocer los conceptos que maneja la población general, para posteriormente poder identificar estrategias enfocadas en reducir el estigma de este trastorno mental en nuestro país

El proyecto fue presentado en el Comité de Ética del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, siendo aprobado el 28 de julio de 2020, Número CEI/021/2020 y vigencia de 18 meses, 27 de julio de 2020 al 27 de enero de 2022.

Adicionalmente el investigador responsable tomó el curso de Buenas Prácticas Clínicas del NIDA Clinical Trials Network para fortalecer el manejo ético de los procesos involucrados en la presente investigación (Anexo 2) y se incluye el formato de consentimiento informado (Anexo 3).

3.10. Organización

En el equipo de trabajo se encontraron expertos en el tema de investigación, que además cuentan con la experiencia en la metodología para la realización del proyecto de investigación.

La totalidad del equipo desempeñó sus funciones dentro de las instalaciones del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz por lo que fue dentro de las mismas donde se desarrollaron las actividades del grupo de trabajo.

El equipo de trabajo se mantuvo involucrado en todos los pasos del proyecto de investigación en actividades propias de su área. El residente se encargó de

entregar reportes parciales para su evaluación conforme a lo estipulado por sus tutores y el comité de tesis.

3.11. Recursos humano y material.

Dr. Víctor Hugo Barajas Olmos, Médico Residente, quien desarrolló el siguiente proyecto como parte de su tesis para obtener el grado de especialidad en psiquiatría, a cargo de la redacción de protocolo, diseño y vigilancia de encuesta en línea, manejo de redes sociales para el reclutamiento y comunicación con los participantes, recabó la información y adaptó en bases de datos manejables para su análisis, presentó resultados parciales y finales.

Dr. J. Nicolás Ivan Martínez López, Asesor Teórico, investigador del INPRFM, Psiquiatra Forense quien brindó instrucción respecto al tema, asesoría y corrección de marco teórico y conclusiones de la investigación.

Dra. Ana Fresán Orellana, Asesora Metodológica, jefa del laboratorio de Epidemiología Clínica, Doctora en psicología, quien desarrolló y validó el instrumento utilizado en la investigación, quien brindó instrucción y asesoría en metodología de la investigación, con especial énfasis en el estigma de los trastornos mentales. A cargo del análisis estadístico y vigilancia de las bases de datos.

Dra. María Yoldi Negrete, Asesora de proyecto, encargada de capacitar y supervisar la elaboración del cuestionario en línea, así como la vigilancia del adecuado funcionamiento de la página web a donde se encontró asociada la encuesta.

3.12. Financiamiento

Para el siguiente estudio no se contó con financiamiento, sin embargo, ya que el material de trabajo fue equipo de cómputo ya en uso por el equipo de trabajo, y de que el diseño de la encuesta se realizó en una plataforma gratuita, no fue necesario financiamiento.

4. Cronograma de actividades.

Año	2020												2021														
	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		
Actividad	R1			R2												R3											
Entrega de anteproyecto	x																										
Seminario y dictamen de comité de tesis		x	x																								
Sometimiento a comité de ética				x	x																						
Recolección de datos						X	x	x	x	x	x	x	x	x	X	x	x	x	x	X							
Presentación de avances parciales								x					x						x								
Análisis de resultados																					x	x	x				
Elaboración de trabajo de tesis																					x	x	x	x	X		
Entrega de proyecto																									x		

5. Resultados

5.1. Características demográficas de la muestra

Se incluyeron un total de 523 entrevistas. El 61% (n=319) de los participantes fueron mujeres y el 39% (n=204) restante, hombres. La edad promedio de la muestra fue de 30.6 (D.E.= 10.2, rango 18-78) años. Al momento de contestar la entrevista, la mayoría de los participantes se encontraban sin pareja (73.6%, n=385) y el 26.4% (n=138) restante estaban casados o en unión libre. Poco más del 50% de los participantes (57.9%, n=303) tenían estudios de licenciatura, seguidos por el 20.7% (n=108) con posgrado, 20.1% (n=105) con preparatoria, el 1.1% (n=6) con secundaria y solo el 0.2% (n=1) con estudios de primaria incompletos. El 56.4% (n=295) tenían una ocupación remunerada y el 43.6% (n=228) una ocupación no remunerada (0.4%, n=2: no remunerada sin especificar, 0.8%, n=4: ninguna, 5.5%, n=29: hogar, 33.5% n=175: estudiante, 3.4%, n=18: desempleado).

5.2. Percepción de enfermedad mental de las cuatro viñetas presentadas.

De las cuatro viñetas presentadas: 1) agresor sexual por violación sin trastorno pedofílico, 2) persona con trastorno pedofílico que no ha realizado una agresión sexual y le genera malestar, 3) abuso sexual del menor por tocamientos y trastorno paidofílico y 4) abuso sexual del menor por violación y trastorno paidofílico, un alto porcentaje de los participantes consideraron que el adulto descrito tenía una enfermedad mental. Se observaron diferencias en términos de la frecuencia de consideración de enfermedad mental entre las viñetas (Q de Cochran= 20.4, $p < 0.001$) principalmente entre las viñetas uno y dos (McNemar=12.2, $p < 0.001$) dos

y tres (McNemar= 8.5, $p=0.003$) y la viñeta dos y cuatro (McNemar=9.2, $p=0.002$). No se observaron diferencias en las frecuencias de la consideración de enfermedad mental entre las viñetas restantes. No obstante, muchos de los conceptos empleados para definir lo que consideraban una enfermedad mental se enfocaban en términos estigmatizantes o donde se emitía un juicio negativo, o se empleaban términos no relacionados con los trastornos parafílicos (Ver Tabla 1).

Tabla 1. Percepción de Enfermedad mental y ejemplos de la enfermedad mental a la que se referían los participantes.

Agresor Sexual Violación		T. Paidofílico Sin agresión		T. Paidofílico Tocamiento		T. Paidofílico Violación	
No (n=138) 26.4%	Si (n=385) 73.6%	No (n=176) 33.7%	Si (n=347) 66.3%	No (n=151) 28.9%	Si (n=372) 71.1%	No (n=147) 28.1%	Si (n=376) 71.9%
Ejemplos de enfermedad mental							
T. pedofílico, paidofilia (n=247)	T. pedofílico, paidofilia (n=205)	T. pedofílico, paidofilia (n=224)	T. pedofílico, paidofilia (n=236)	T. pedofílico, paidofilia (n=224)	T. pedofílico, paidofilia (n=236)	T. pedofílico, paidofilia (n=236)	T. pedofílico, paidofilia (n=236)
Pederasta (n=45)	No me interesa (n=41)	T. Parafílico (n=37)	T. Parafílico (n=34)	T. Parafílico (n=37)	T. Parafílico (n=34)	T. Parafílico (n=34)	T. Parafílico (n=34)
T. Parafílico (n=34)	T. Parafílico (n=40)	No me interesa (n=35)	No me interesa (n=32)	No me interesa (n=35)	No me interesa (n=32)	No me interesa (n=32)	No me interesa (n=32)
No me interesa (n=24)	T. personalidad (n=9)	Sínd. secundario (n=14)	Pederasta (n=18)	Sínd. secundario (n=14)	Pederasta (n=18)	Sínd. secundario (n=12)	Sínd. secundario (n=12)
T. personalidad (n=20)	Pederasta (n=4)	Pederasta (n=13)	Sínd. secundario (n=12)	Pederasta (n=13)	Sínd. secundario (n=12)	Sínd. secundario (n=12)	Sínd. secundario (n=12)
<u>De menor frecuencia:</u>							
Erotomanía	Trauma	T. de personalidad					
Demente	T. no especificado						
Depravado	Demente	T. obsesivo	Degenerado	T. obsesivo	Degenerado	Degenerado	Degenerado
Loco	Depravado	Inmadurez mental	Pervertido	Inmadurez mental	Pervertido	Pervertido	Pervertido
Pervertido	Loco	Depravado	Trauma	Depravado	Trauma	Trauma	Trauma
Aberración sexual	Pervertido	Loco sexual	Desviado sexual	Loco sexual	Desviado sexual	Desviado sexual	Desviado sexual
Degenerado	Aberración sexual	Pervertido	Pervertido	Pervertido	Pervertido	Pervertido	Pervertido
Incesto	Degenerado	Demente	Depravado	Demente	Depravado	Depravado	Depravado

5.3. Causas del comportamiento de cada una de las personas descritas en las viñetas.

En la Tabla 2 se muestran las frecuencias y porcentajes de las principales causas incluidas en el cuestionario para explicar el comportamiento del adulto descrito en cada una de las viñetas. Se incluyeron aquellos que estuvieron de acuerdo con esa opción de respuesta. Se observaron diferencias en los análisis post-hoc, en las causas *debilidad de carácter* y *problemas familiares*, entre los participantes al contestar cada viñeta. Las frecuencias de acuerdo en las causas restantes: problema médico, dificultades psicológicas y el problema biológico-social-personal, fueron similar en las cuatro viñetas respondidas por los participantes.

Tabla 2. Causas que originan el comportamiento de la persona descrita en cada una de las viñetas

Causa: Acuerdo	Agresor Sexual Violación	Paidofílico Sin agresión	Paidofílico + Tocamiento	Paidofílico + Violación	Estadística
<i>n</i> %					
Debilidad de carácter	81 15.5	66 12.6	93 17.8	94 18.0	Q=16.0, p<0.001 ^a
Problemas familiares	198 37.9	126 24.1	149 28.5	169 32.3	Q=64.8, p<0.001 ^b
Problema médico	243 46.5	241 46.1	243 46.5	263 50.3	Q=7.6, p=0.055
Dificultades psicológicas	404 77.2	390 74.6	398 76.1	397 75.9	Q=2.5, p=0.46
Problema biológico - social - personal	382 73.0	381 72.8	383 73.2	387 74.0	Q=0.6, p=0.89

a Se observaron diferencias entre las viñetas 2 y 3 (p=0.001) y las viñetas 2 y 4 (p=0.001).

b Se observaron diferencias entre las cuatro viñetas (p<0.05)

5.4. Comisión de un delito, inimputabilidad, percepción de peligrosidad e impredecibilidad de la persona descrita en cada una de las viñetas.

A continuación, se evaluó la percepción de la comisión de un delito por la persona descrita en la viñeta, si ésta era inimputable, peligrosa para la sociedad e impredecible en su comportamiento. Como en el apartado previo, se presentan los datos de aquellos participantes que estuvieron *en acuerdo* con el enunciado expuesto. La percepción de comisión de delito fue menor en la viñeta donde solo se describe a una persona con trastorno pedófilo, siendo también menor la percepción de inimputabilidad y peligrosidad (debido probablemente a la baja percepción de comisión de delito en esta viñeta).

Tabla 3. Comisión de delito, inimputabilidad, peligrosidad e impredecibilidad de la persona descrita en cada una de las viñetas.

Variable	Agresor Sexual Violación	Paidofílico Sin agresión	Paidofílico + Tocamiento	Paidofílico + Violación	Estadística
		<i>n</i> %			
Comisión de delito	508 97.1	79 15.1	463 88.5	489 93.5	Q=1071, p<0.001 ^a
Es inimputable	23 4.4	11 2.1	25 4.8	19 3.6	Q=8.7, p=0.03 ^b
Peligroso p/sociedad	466 89.1	282 53.9	442 84.5	471 90.2	Q=380.1, p<0.001 ^c
Es impredecible	318 60.8	297 56.8	360 68.8	357 68.3	Q=44.6, p<0.001 ^d

a Se observaron diferencias entre las cuatro viñetas (p<0.01).

b Se observaron diferencias entre la viñeta 2 con la viñeta 1 (p=0.03) y la viñeta 3 (p=0.01)

c Se observaron diferencias entre todas las viñetas (p<0.01), con excepción entre la viñeta 1 y 4, ambas percibidas en términos de peligrosidad de forma similar (p=0.48)

d La percepción de impredecibilidad fue similar entre la viñeta 1 y 2 (p=0.12) y entre la viñeta 3 y 4 (p=0.81), con diferencias en los restantes contrastes.

Como se observa en la Tabla 3, la percepción de impredecibilidad fue similar entre la persona descrita en la viñeta 1 (agresor sexual) y la viñeta 2 (trastorno parafílico

sin agresión), cuando podría esperarse que una mayor cantidad de personas consideraran impredecible al agresor sexual. En esta línea, la combinación de una agresión sexual y un trastorno parafílico incrementó el número de personas que consideraron como impredecible a la persona de la viñeta con estas características.

5.5. Sexo biológico del adulto y del menor descritos en cada viñeta.

Para cada una de las viñetas se preguntó al entrevistado cuál consideraba que era el sexo del adulto y del niño descrito. Dado que se introdujo la opción de respuesta prefiero no decir/no sé, este análisis, como se muestra en la Tabla 4, se realizó exclusivamente de forma descriptiva para evitar el sesgo que esta respuesta pudiera brindar a los resultados.

De forma general, existe una mayor percepción de que los adultos descritos en las viñetas son hombres, aun cuando existe un alto porcentaje de participantes que no quisieron o no pudieron hacer una identificación del sexo cuando se trataba de las viñetas que contenían el caso de un trastorno parafílico (viñetas 2, 3 y 4). Tan solo en los casos donde la viñeta contenía una violación hubo un mayor número de participantes que identificaron al menor de edad como niña (viñeta 1 y 4), mientras que en las viñetas restantes fue menor este porcentaje. Más del 50% de los participantes no pudieron/no quisieron realizar una identificación del sexo del menor en las viñetas 2, 3 y 4.

Tabla 4. 5.5. Sexo biológico del adulto y del menor descritos en cada viñeta.

	Hombre	Mujer	Prefiero no decir/No sé
	<i>n</i> %		
Agresor sexual-Violación			
Adulto	368 70.4	7 1.3	148 28.3
Niño	102 19.5	189 36.1	232 44.4
T. paidofílico sin agresión			
Adulto	245 46.8	87 16.6	191 36.5
Niño	112 21.4	140 26.8	271 51.8
T. paidofílico-tocamiento			
Adulto	257 49.1	67 12.8	199 38.9
Niño	106 20.3	150 28.7	267 51.1
T. paidofílico-violación			
Adulto	267 51.1	43 8.2	213 40.7
Niño	79 15.1	169 32.3	275 52.6

6. *Discusión*

El presente estudio tuvo por objetivo comparar el estigma público del trastorno pedofílico en términos de peligrosidad, comisión de delito, imputabilidad, causas y sexo de los involucrados (adulto y menor), de acuerdo con la presencia o ausencia del trastorno y/o de agresión sexual hacia un menor, el cual consideramos que fue cumplido con base en los resultados que se han presentado.

Aunque, hasta donde es de nuestro conocimiento, este es el primer estudio realizado en español y en Latinoamérica que ha abordado el estigma en torno al trastorno pedofílico, debemos ser cautos y considerar adecuadamente sesgos, ventajas y datos de abordajes previos en otros idiomas para poder discutir correctamente nuestros hallazgos.

6.1. Consideraciones demográficas de la muestra

En lo que respecta a los posibles sesgos demográficos de nuestros participantes,

debemos considerar tanto las características del reclutamiento de forma virtual, como el haber convocado a la participación desde una institución dedicada a la salud mental y el contexto social de la mayoría de nuestros participantes, lo cual no permite que nuestros hallazgos puedan ser generalizados a la población nacional.

En consecuencia, nuestra población está conformada en su mayoría por mujeres (61%) en la cuarta década de la vida (30.6 años, DE = 10.2, rango de 18-78 años), con estudios universitarios (80%) y económicamente activa (56%), lo que podría reflejar el interés en el tema que tiene este sector demográfico, pero que no es representativo de la población mexicana.

Por otra parte, nuestros hallazgos, coinciden con lo descrito en la literatura respecto a la utilización de encuestas en línea para la investigación científica. Aerny-perreten en 2015 realizó el análisis del índice de respuesta del personal de salud a una encuesta en línea, donde muestra consistentemente que la mayoría de los participantes fueron mujeres con carrera profesional entre los 45 y 54 años de edad, con menor respuesta de hombres mayores de 60 años. Hipotetizando que la mayor participación de este grupo de edad y género podría ser debido a que muestran un mayor compromiso profesional. De igual manera Guo en 2016 al estudiar la tasa de participación de encuestas en línea dirigidas a la población abierta encontró mayor participación de mujeres en todos los grupos, similar a lo encontrado en nuestro estudio (Guo, Kopec, Cibere, Li, & Goldsmith, 2016; Ma, Mph, Esteban-vasallo, & Mph, 2015).

En cuanto a la diferencia en la participación acorde al grupo de edad Topolovec - Vranic en 2016 refirió una tendencia de mayor participación del sector demográfico más joven (18-30 años), menor respuesta de mayores de 60 años y también

concuera en que los niveles educativos son mayores en las personas que participan de encuestas en línea (Topolovec-vranic & Natarajan, 2016).

Por lo que es posible que se presenten limitaciones al estudio derivadas del grupo demográfico más prevalente en nuestro proyecto, pero que es concordante con lo previamente descrito en la literatura del uso de encuestas en línea, y más aún, presentó una invaluable oportunidad para acercarnos a la población general en un tiempo en que el distanciamiento social fue necesario derivado de la pandemia por el virus SARS-COV 2, que ha tenido lugar durante la realización de este proyecto.

Como lo hemos mencionado previamente, nuestra muestra está formada principalmente por mujeres y dado que los estudios disponibles en la literatura respecto al tema sólo incluyen población caucásica en donde el índice reportado de violencia sexual infantil es menor, es importante considerar el contexto social del grupo demográfico más prevalente de nuestra muestra y el sesgo que se podría generar al intentar comparar nuestros resultados, puesto que lamentablemente en México casi seis de cada cien mujeres han sido receptoras de abuso sexual por violación antes de los 15 años, incrementando a siete de cada cien en cualquier edad, variable que no fue evaluada en ninguno de nuestros participantes, por lo que su efecto no puede ser calculado y que va más allá del objetivo del presente estudio (Frías, 2018; Jahnke, Imhoff, & Hoyer, 2015; Lehmann et al., 2021; Stoltenborgh, Ijzendoorn, Euser, & Bakermans-kranenburg, 2011).

6.2. Identificación de enfermedad mental e identificación del trastorno pedofílico

Al día de hoy no hemos encontrado algún estudio que analice la capacidad de los participantes para identificar al trastorno pedofílico y ya que más de la mitad de los

participantes lo hizo erróneamente cuando no se presentó y de que con mayor frecuencia lo identificaron correctamente en los casos donde se presentó una agresión, queda claro que nuestra población presenta dificultad para distinguir al trastorno pedofílico en el caso de no presentarse un delito. Lo que parece indicar que para los participantes la presencia de una agresión a un menor de edad es suficiente para identificar al trastorno pedofílico, de modo que nuestros resultados sustentan la presencia en nuestra población de la idea errónea de “abuso sexual infantil igual a trastorno pedofílico”, que múltiples autores mencionan como la idea central en torno al estigma de este trastorno (Jahnke, 2018; Jahnke, Imhoff, et al., 2015; K. F. McCartan, 2010).

Agregado a lo anterior, no sólo se identificó incorrectamente al trastorno pedofílico, sino que para referirse a una enfermedad mental los participantes utilizaron respuestas incorrectas (ej. Trastorno de personalidad), términos estigmatizantes (ej. “loco sexual”) y términos utilizados en el marco jurídico nacional para describir un delito, tales como “pederastia”, “pederasta” y “violación”, estos últimos que, aunque acorde a la viñeta presentada, pudieron haber sido correctos, no corresponden a ninguna de las clasificaciones internacionales de las enfermedades mentales, evidenciando tanto el desconocimiento, como los estereotipos y prejuicios presentes en nuestra población. De forma que nuestros resultados no sólo muestran componentes del estigma público en torno al trastorno pedofílico, sino también del estigma público de los trastornos mentales. Y aunque al momento no hemos encontrado literatura donde se recolecten respuestas abiertas de personas con trastorno pedofílico, nuestros resultados apoyan lo descrito por Jahnke en 2015 y 2018 en donde los participantes muestran actitudes negativas

hacia este grupo, así como niveles más altos de miedo, enojo y percepción de anormalidad de las personas con trastorno pedofílico (Jahnke, 2018; Jahnke, Imhoff, et al., 2015; Lehmann et al., 2021; Savoie et al., 2021).

Aunado a lo anterior, si observamos los resultados obtenidos en ausencia del delito, apoyan la literatura respecto a la alfabetización en salud mental de otros trastornos mentales como lo muestran Pescosolido en 2008 y Trompeter en 2021, quienes encontraron que sólo la minoría de la población general logra distinguir entre lo “normal” y los trastornos mentales tales como el trastorno obsesivo compulsivo, la ansiedad social, el trastorno de ansiedad generalizada, la depresión y el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (Pescosolido, Jensen, & Martin, 2008; Trompeter et al., 2021).

6.3. Percepción de causas del comportamiento

La interpretación de las causas del comportamiento supone un reto dado que si bien el que nuestros participantes identificaran que el comportamiento del adulto se debía a un problema biológico-social-personal y a las dificultades psicológicas concuerda con la alta identificación de una enfermedad mental, llama la atención que fueron menos los participantes que estuvieron de acuerdo en que la causa era un problema médico, por lo tanto esta disparidad en los resultados deja ver que acorde a algunos de nuestros participantes los trastornos mentales no son enfermedades médicas. Teniendo en cuenta lo anterior nuestros resultados podrían abonar a lo encontrado por McCartan en 2010 en donde sólo el 20% de participantes se mostraron de acuerdo en que quien padece un trastorno pedofílico posee un trastorno mental. Por otro lado, considerando de forma general los

resultados de nuestra población que identifica como principal causa a los problemas biológico-social-personal y a las dificultades psicológicas concuerda con lo encontrado recientemente por Lehmann en 2021, donde casi 90% de participantes se mostraron de acuerdo en que el trastorno pedofílico se trata de una enfermedad mental y de que no es una elección el padecerle (Lehmann et al., 2021; K. F. McCartan, 2010).

Una vez expuesto lo anterior consideramos necesario remarcar que como se discutió previamente, la alta identificación de un trastorno mental pudo no necesariamente estar determinada por la presencia del trastorno pedofílico sino más bien por la presencia del delito, lo que nos obliga a tomar con reserva los resultados en cuanto a causa del comportamiento, pues estaríamos asumiendo incorrectamente que los participantes se refirieron a las causas del trastorno pedofílico y no del delito.

6.4. Identificación de la comisión de un delito e imputabilidad

Es claro que al contrario de la identificación correcta del trastorno pedofílico, nuestra población mostró ser capaz de identificar correctamente la conducta delictiva en general, particularmente con mayor capacidad de identificar como delito al abuso sexual infantil por violación, recordando que acorde al Código Penal Federal consideramos que en las viñetas 1, 3 y 4 el adulto involucrado ha cometido un delito y por lo tanto es imputable del delito de abuso sexual infantil. Aun así, sería importante señalar que un porcentaje de los participantes refirieron al trastorno pedofílico como un delito y de estos casi el 100% le consideró imputable. Los datos anteriores contrastan con la encuesta realizada por Lehmann publicada

en 2021 con población estadounidense y alemana donde solamente el 23.4% de participantes coincidieron en que estas personas deberían de estar encarceladas a pesar de no haber cometido un delito, lo que sugiere que en la población mexicana existe una mayor percepción de “culpabilidad” del trastorno pedofílico que, como lo discute Lehmann en la misma publicación, la diferencia entre la culpabilidad percibida por ciudadanos de distintos países podría asociarse a características culturales en donde una sociedad más conservadora percibe mayor culpabilidad de personas con trastorno pedofílico, desafortunadamente es difícil asegurar que este sea el factor determinante ya que fueron utilizados instrumentos distintos para evaluar la percepción de culpabilidad (Lehmann et al., 2021).

Ahora bien, si comparamos la percepción de imputabilidad del trastorno pedofílico sin agresión con los datos obtenidos en población mexicana por Fresán en 2019 para el caso de la esquizofrenia (también sin agresión), la identificación de culpabilidad en el trastorno pedofílico es notablemente mayor (58.3% Vs 97%), y así como lo menciona Lehmann en el 2021, dado que la percepción de delito y su culpabilidad podrían traducirse en el deseo de distanciamiento social, podemos teorizar que en México el deseo de distanciamiento social es mayor en la pedofilia en comparación a la esquizofrenia (Ana Fresán et al., 2019; Lehmann et al., 2021)

Adicionalmente, tomando en consideración la menor identificación del delito de abuso sexual por tocamientos, diversos autores han mencionado que la normalización de la violencia sexual y la educación de la población pueden influir en la identificación del delito y su denuncia sin embargo hasta el momento no encontramos en las principales bases de datos científicas información respecto a la capacidad de la población general para identificar la conducta delictiva, por lo que

este proyecto deja ver un área de oportunidad para la investigación en ciencias forenses y de salud pública.(Castro et al., 2021; Sanjeevi et al., 2018; Stoltenborgh et al., 2011).

6.5. Percepción de la peligrosidad.

A pesar de que cerca de la mitad de los participantes identificaron como peligrosas a las personas con pedofilia aunque no realizaron un delito, estos hallazgos son ligeramente menores a la alta percepción de peligrosidad en participantes de origen alemán y estadounidense encontrado por Lehman en 2021, y son similares a lo encontrado para el caso de la esquizofrenia por Fresán en 2019 en población mexicana (Ana Fresán, Robles-García, Tovilla Zárate, González-Forteza, & Apiquian, 2019; Lehmann et al., 2021).

6.6. Percepción de impredecibilidad

Encontramos que se consideró igual de impredecible a quien padece el trastorno y no ha cometido un acto delictivo que a quien ha agredido sexualmente a un menor y esto incrementó de acuerdo a la presencia del trastorno pedofílico en combinación con la agresión. Aunque no hemos encontrado estudios donde se analice la percepción de impredecibilidad del trastorno pedofílico, sí comparamos estos resultados con lo descrito por Fresán en 2019 para esquizofrenia (49.7%), la percepción de impredecibilidad es mayor en el trastorno pedofílico por lo que se muestra mayor carga de estigma para este trastorno y pese a que se necesita de futuras investigaciones del estigma en población mexicana en torno a otros trastornos mentales que podrían asociarse a conductas delictivas, coincide con lo

descrito en la literatura donde al comparar al trastorno pedofílico con el comportamiento antisocial, la zoofilia, la necrofilia y el sadismo, el trastorno pedofílico muestra la mayor carga de estigma. (Ana Fresán et al., 2019; Jahnke, Schmidt, et al., 2015; Lehmann et al., 2021; Levenson et al., 2017).

6.7. Percepción del sexo del adulto y del menor

Cuando se habla del trastorno pedofílico es poco usual que se piense a la persona que lo padece como una mujer y si se trata de alguien con trastorno pedofílico que ha cometido un delito, existirá menos oportunidad de que se piense en una mujer o como varón al menor receptor de violencia. A pesar de que no existe información respecto a la percepción del sexo de las personas con trastorno pedofílico, se ha identificado que al menos 2% de quienes presentan este trastorno son mujeres y como lo menciona Savoie en 2021 en su revisión sistemática al momento no es posible definir si existe algún patrón de preferencia por niños o niñas (B4U-ACT, 2011; Savoie et al., 2021).

Por otro lado, lo identificado por nuestra población coincide con la literatura a nivel global respecto al abuso sexual infantil, pues la mayoría de los casos de abuso sexual infantil ocurren en mujeres, siendo el perpetrador en su mayoría un hombre, sugiriendo que de alguna manera la información respecto al abuso sexual infantil forma parte del conocimiento público, en contraste a la discordancia entre la opinión pública y la evidencia científica respecto al trastorno pedofílico, contribuyendo así al estigma público de este trastorno mental (Castro et al., 2021; Lehmann et al., 2021; Levenson et al., 2017; Sanjeevi et al., 2018; Savoie et al., 2021; Stoltenborgh et al., 2011; Valdez-Santiago, 2020).

Finalmente, es importante tomar en consideración que alrededor del 50% de los participantes prefirió no identificar el sexo del menor, lo que podría estar asociado al rechazo social y actitudes negativas hacia el tema de abuso sexual infantil que aunque incorrectamente nuestra población le consideró sinónimo del trastorno.

7. Limitaciones

Entre las limitaciones del presente estudio, podemos encontrar que la tasa de identificación de trastorno mental en las viñetas, podría estar sobrestimada al haberse convocado a los participantes por parte de una institución psiquiátrica, además la alta identificación de un delito restringe el poder realizar conclusiones para el trastorno pedofílico de manera independiente al delito de abuso sexual infantil.

Por otro lado, es necesario contemplar que el estigma en los trastornos mentales está constituido de múltiples componentes y una de las limitaciones de nuestro estudio es que sólo permite ver una porción del fenómeno, es decir, la opinión pública en torno al trastorno pedofílico.

Además, no medimos otras variables que pudieran ser de interés, como son las respuestas emocionales de los participantes. Estas fueron evidentes en las respuestas abiertas; sin embargo no fueron estudiadas propositivamente ya que escapaban a los objetivos de nuestro estudio.

Finalmente otra limitación es el diseño ya que con un abordaje transversal, observamos el fenómeno desde un punto en el tiempo y aunado al grupo demográfico particular que respondió a la convocatoria, nuestros resultados presentan un sesgo que no son representativos de la población mexicana.

8. Conclusiones

Al observar en conjunto los resultados obtenidos de este proyecto y teniendo en cuenta las limitaciones del diseño de estudio y de la muestra podemos concluir que:

8.1.1. La falta de diferenciación entre el delito de abuso sexual infantil y el trastorno pedofílico es probablemente uno de los componentes más importantes del estigma público presente en nuestra población.

8.1.2. La ausencia de conocimientos en salud mental respecto al trastorno pedofílico, además de que probablemente puede formar parte del estigma público de este trastorno, es parte del estigma en torno a los trastornos mentales.

8.1.3. El estereotipo de asociar la agresión sexual con el padecer trastornos parafílicos, impide identificar que padecer trastornos parafílicos es un problema médico, lo que parece generar barreras para la atención profesional.

8.1.4. Las personas que padecen un trastorno pedofílico, llegan a ser consideradas peligrosas, impredecibles a pesar de no haber cometido un delito, situación que podría traducirse en un deseo de distanciamiento social incluso mayor que para la esquizofrenia en la población de nuestro estudio.

8.1.5. En nuestro estudio, parece indicarse que el conocimiento de salud mental y el delito de abuso sexual infantil, forman parte del conocimiento general, sin embargo, debemos mantener informada a la población respecto a los diferentes tipos de violencia sexual infantil, con el objetivo de mejorar la identificación del delito de abuso sexual infantil por tocamientos.

8.1.6. Consideramos que se deben generar estrategias que supervisen los medios de comunicación como noticieros, periódicos, radio y redes sociales, con el fin de evitar el uso incorrecto de términos relacionados con los trastornos mentales, particularmente al trastorno pedofílico para describir una conducta delictiva tal como la agresión sexual y con ello combatir el estigma asociado a padecer este trastorno.

8.1.7. Finalmente, podemos concluir que se deben realizar medidas dirigidas a la reducción del estigma en torno al trastorno pedofílico en donde se incluya y unifique con la salud mental el conocimiento de las ciencias forenses, ciencias jurídicas y los derechos humanos.

9. Referencias

Ahlers, C. J., Schaefer, G. A., Mundt, I. A., Roll, S., Englert, H., Willich, S. N., & Beier, K. M. (2011). How unusual are the contents of paraphilias? paraphilia-associated sexual arousal patterns in a community-based sample of men. *Journal of Sexual Medicine*, 8(5), 1362–1370. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2009.01597.x>

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). In *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)* (5th ed.). Washington.

B4U-ACT. (2011). YOUTH, SUICIDALITY, AND SEEKING CARE. Retrieved November 2, 2019, from <https://www.b4uact.org/research/survey-results/youth-suicidality-and-seeking-care/>

Bach, M. H., & Demuth, C. (2018). Therapists' experiences in their work with sex offenders and people with pedophilia: A literature review. *Europe's Journal of Psychology*, Vol. 14, pp. 498–514. <https://doi.org/10.5964/EJOP.V14I2.1493>

Balthazar, J. (2011). Minireview: Hormones and human sexual orientation. *Endocrinology*, 152(8), 2937–2947. <https://doi.org/10.1210/en.2011-0277>

Bluemke, M., & Teige-Mocigemba, S. (2015). Automatic processes in aggression: Conceptual and assessment issues. *Aggressive Behavior*, 41(1), 44–50. <https://doi.org/10.1002/ab.21576>

Bogaert, A. F., Skorska, M. N., Wang, C., Gabrie, J., Macneil, A. J., & Hoffarth, M. R. (2018). Male homosexuality and maternal immune responsivity to the Y-

linked protein NLGN4Y. *Proceeding of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 115(2), 302–306.

<https://doi.org/10.1073/pnas.1705895114>

Bradford, J. M. W., & Ahmed, A. G. (2014). The Natural History of the Paraphilias. *Psychiatric Clinics of North America*, 37(2).

<https://doi.org/10.1016/j.psc.2014.03.010>

Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. (2018). Delitos Contra la Vida y la Integridad Corporal. *Código Penal Federal*, 92–98. Retrieved from

https://docs.mexico.justia.com/federales/codigo_penal_federal.pdf

Castellini, G., Rellini, A. H., Appignanesi, C., Pinucci, I., Fattorini, M., Grano, E., ... Ricca, V. (2018). Deviance or Normalcy? The Relationship Among Paraphilic Thoughts and Behaviors, Hypersexuality, and Psychopathology in a Sample of University Students. *Journal of Sexual Medicine*, 15(9), 1322–1335.

<https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.07.015>

Cohen, L. J., Wilman-Depena, S., Barzilay, S., Hawes, M., Yaseen, Z., & Galynker, I. (2020). Correlates of Chronic Suicidal Ideation Among Community-Based Minor-Attracted Persons. *Sexual Abuse: Journal of Research and Treatment*, 32(3), 273–300. <https://doi.org/10.1177/1079063219825868>

Copen, C., Chandra, A., & Febo-Vazquez, I. (2016). Trends in Attitudes About Marriage, Childbearing, and Sexual Behavior: United States, 2002, 2006–2010, and 2011–2013. *National Health Statistics Reports*, (92), 2006–2010. Retrieved from <https://www.cdc.gov/nchs/data/nhsr/nhsr092.pdf>

Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002). The paradox of self-stigma and mental illness. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), 35–53.

<https://doi.org/10.1093/clipsy/9.1.35>

Dombert, B., Schmidt, A. F., Banse, R., Briken, P., Hoyer, J., Neutze, J., & Osterheider, M. (2016a). How Common is Men's Self-Reported Sexual Interest in Prepubescent Children? *Journal of Sex Research*, 53(2), 214–223.

<https://doi.org/10.1080/00224499.2015.1020108>

Dombert, B., Schmidt, A. F., Banse, R., Briken, P., Hoyer, J., Neutze, J., & Osterheider, M. (2016b). How Common is Men's Self-Reported Sexual Interest in Prepubescent Children? *Journal of Sex Research*, 53(2), 214–223.

<https://doi.org/10.1080/00224499.2015.1020108>

Drew, N., Funk, M., Tang, S., Lamichhane, J., Chávez, E., Katontoka, S., ...

Saraceno, B. (2011). Human rights violations of people with mental and psychosocial disabilities: An unresolved global crisis. *The Lancet*, 378(9803), 1664–1675. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)61458-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61458-X)

Feinstein, A. R. (1985). The Architecture of Clinical Research. In W. B. S. Company (Ed.), *Clinical Epidemiology* (2nd ed.). Philadelphia.

Finkelhor, D., Ormrod, R., & Chaffin, M. (2009). Juveniles Who Commit Sex Offenses Against Minors. *Juveniles Justice Bulletin*, 1–11.

[https://doi.org/10.1016/0921-8777\(94\)90074-4](https://doi.org/10.1016/0921-8777(94)90074-4)

Fresán, A., Robles-García, R., De Benito, L., Saracco, R., & Escamilla, R. (2010). Desarrollo y propiedades psicométricas de un instrumento breve para evaluar

el estigma de agresividad en la esquizofrenia. *Actas Espanolas de Psiquiatria*, 38(6), 340–344.

Fresán, Ana, Robles-García, R., Tovilla Zárata, C. A., González-Forteza, C., & Apiquian, R. (2019). Perception of non-imputability in schizophrenia in adolescents of Mexico City. *Revista Espanola de Medicina Legal*, 45(2), 48–51. <https://doi.org/10.1016/j.reml.2019.01.003>

Frías, S. (2018). *Violación e intento de violación de mujeres, patrones de búsqueda de ayuda y denuncia. Un análisis a partir de la ENDIREH 2016.*

Ganna, A., Verweij, K. J. H., Nivard, M. G., Maier, R., Busch, A. S., Abdellaoui, A., ... Amsterdam, V. U. (2020). HHS Public Access. *Science*, 365(6456), 1–22. <https://doi.org/10.1126/science.aat7693>.Large-scale

García, M. I. L., Elvira, B., & Torres, G. (2000). Mario I Lomelí García y col. *Rev Fac Med UNAM Noviembre-Diciembre*, 43(6), 220–225.

Ghanem, C. A., Degerny, C., Hussain, R., Liere, P., Pianos, A., Tourpin, S., ... Wendy B. Macklin, Michael Schumacher, A. M. G. (2017). Long-lasting masculinizing effects of postnatal androgens on myelin governed by the brain androgen receptor. *Plos Genetics*, 13(11), e1007049.

Gibbels, C., Sinke, C., Kneer, J., Amelung, T., Mohnke, S., Beier, K. M., ... Kruger, T. H. C. (2019). Two Sides of One Coin: A Comparison of Clinical and Neurobiological Characteristics of Convicted and Non-Convicted Pedophilic Child Sexual Offenders. *Journal of Clinical Medicine*, 8(7), 947. <https://doi.org/jcm8070947>

- Guo, Y., Kopec, J. A., Cibere, J., Li, L. C., & Goldsmith, C. H. (2016). *Population Survey Features and Response Rates : A Randomized Experiment*. 1–5.
<https://doi.org/10.2105/AJPH.2016.303198>
- 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>
- Hines, M. (2011). Gender Development and the Human Brain. *Annual Review of Neuroscience*, 34, 69–88. <https://doi.org/10.1146/annurev-neuro-061010-113654>
- Holt, T. J., Blevins, K. R., & Burkert, N. (2010). Considering the pedophile subculture online. *Sexual Abuse: Journal of Research and Treatment*, 22(1), 3–24. <https://doi.org/10.1177/1079063209344979>
- Institute of Sexology and Sexual Medicine. (2018). Don't offend.
- 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., 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., 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->

Jeglic, E. L., & Calkins, C. (2016). Sexual violence: Evidence based policy and prevention. *Sexual Violence: Evidence Based Policy and Prevention*, 1–336.
<https://doi.org/10.1007/978-3-319-44504-5>

Joyal, C. C., & Carpentier, J. (2017). The Prevalence of Paraphilic Interests and Behaviors in the General Population: A Provincial Survey. *Journal of Sex Research*, 54(2), 161–171. <https://doi.org/10.1080/00224499.2016.1139034>

Kinsey, A. C., Pomeroy, W. R., & Sexual, C. E. M. (1948). Sexual behavior in the human male. *The Journal of Pediatrics*, 32(4), 478.
[https://doi.org/10.1016/S0022-3476\(48\)80262-3](https://doi.org/10.1016/S0022-3476(48)80262-3)

Kruger, T. H. C., Sinke, C., Kneer, J., Tenbergen, G., Khan, A. Q., Burkert, A., ... Schiltz, K. (2019). Child sexual offenders show prenatal and epigenetic alterations of the androgen system. *Translational Psychiatry*, 9(1).
<https://doi.org/10.1038/s41398-018-0326-0>

Lam, A., Mitchell, J., & Seto, M. C. (2010). Lay perceptions of child pornography offenders. *Canadian Journal of Criminology and Criminal Justice*.
<https://doi.org/10.3138/cjccj.52.2.173>

Lehmann, R. J. B., Schmidt, A. F., & Jahnke, S. (2021). Stigmatization of Paraphilias and Psychological Conditions Linked to Sexual Offending. *Journal of Sex Research*, 58(4), 438–447.
<https://doi.org/10.1080/00224499.2020.1754748>

Levenson, J. S., & Grady, M. D. (2019). “I Could Never Work With Those People . .

- . ”: Secondary Prevention of Child Sexual Abuse Via a Brief Training for Therapists About Pedophilia. *Journal of Interpersonal Violence*, *34*(20), 4281–4302. <https://doi.org/10.1177/0886260519869238>
- Levenson, J. S., Willis, G. M., & Vicencio, C. P. (2017). Obstacles to Help-Seeking for Sexual Offenders: Implications for Prevention of Sexual Abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*, *26*(2), 99–120. <https://doi.org/10.1080/10538712.2016.1276116>
- Livingston, N. A., Flentje, A., Brennan, J., Mereish, E. H., Reed, O., & Cochran, B. N. (2020). Real-Time Associations Between Discrimination and Anxious and Depressed Mood Among Sexual and Gender Minorities: The Moderating Effects of Lifetime Victimization and Identity Concealment. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, *7*(2), 132–141. <https://doi.org/10.1037/sgd0000371>
- Loch, A. A., Diaz, A. P., Pacheco-Palha, A., Wainberg, M. L., da Silva, A. G., & Malloy-Diniz, L. F. (2021). Editorial: Stigma’s Impact on People With Mental Illness: Advances in Understanding, Management, and Prevention. *Frontiers in Psychology*, *12*(July), 1–2. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.715247>
- Ma, N. A. B., Mph, M. F. D., Esteban-vasallo, M. D., & Mph, C. G. (2015). Participation and factors associated with late or non-response to an online survey in primary care. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, *21*, 688–693. <https://doi.org/10.1111/jep.12367>
- Marshall, W. L., & Kingston, D. A. (2018). Diagnostic Issues in the Paraphilias.

Current Psychiatry Reports, 20(8). <https://doi.org/10.1007/s11920-018-0919-6>

Martínez-López, J. N. I., Robles, R., Fresán, A., Montis, I. A., Kismödi, E., Medina-Mora, M. E., & Reed, G. M. (2019). Legal and Policy Implications in Mexico of Changes in ICD-11 Paraphilic Disorders. *The Journal of Sexual Medicine*, 16(10), 1623–1637. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.07.022>

Massau, C., Tenbergen, G., Kärgel, C., Weiß, S., Gewinn, H., Pohl, A., ... Schiffer, B. (2017). Executive Functioning in Pedophilia and Child Sexual Offending. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 23(6), 460–470. <https://doi.org/10.1017/S1355617717000315>

McCartan, K. (2004). “Here there be monsters”: The public’s perception of paedophiles with particular reference to Belfast and Leicester. *Medicine, Science and the Law*. <https://doi.org/10.1258/rsmmsl.44.4.327>

McCartan, K. F. (2010). Student/trainee-professional implicit theories of paedophilia. *Psychology, Crime and Law*. <https://doi.org/10.1080/10683160802614144>

Modelli, A., Candal Setti, V. P., van de Bilt, M. T., Gattaz, W. F., Loch, A. A., & Rössler, W. (2021). Addressing Mood Disorder Diagnosis’ Stigma With an Honest, Open, Proud (HOP)-Based Intervention: A Randomized Controlled Trial. *Frontiers in Psychiatry*, 11(February), 1–8. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.582180>

Pescosolido, B. A., Jensen, P. S., & Martin, J. K. (2008). Public Knowledge and Assessment of Child Mental Health Problems : Findings From the National Stigma Study-Children. *Journal of the American Academy of Child &*

Adolescent Psychiatry, 47(3), 339–349.

<https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e318160e3a0>

Real Academia Española, R. (2019). Diccionario de la Lengua Española. Retrieved December 2, 2019, from Diccionario de la Lengua española 23^a edición website: <https://dle.rae.es/pederastia?m=form>

Republica, S. de la. (2018). Punto de acuerdo que exhorta a los congresos locales a homologar sus códigos penales en materia del delito de pederastia.

<https://doi.org/LXIII/3SPR-9/81488>

Ristow, I., Li, M., Colic, L., Marr, V., Födisch, C., Düring, F. Von, ... Walter, M. (2018). Pedophilic sex offenders are characterised by reduced GABA concentration in dorsal anterior cingulate cortex. *NeuroImage: Clinical*, 18, 335–341. <https://doi.org/10.1016/j.nicl.2018.01.018>

Savoie, V., Quayle, E., & Flynn, E. (2021). Child Abuse & Neglect Prevalence and correlates of individuals with sexual interest in children : A systematic review. *Child Abuse & Neglect*, 115(March), 105005.

<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2021.105005>

Schmidt, A. F., Mokros, A., & Banse, R. (2013). Is pedophilic sexual preference continuous? A taxometric analysis based on direct and indirect measures.

Psychological Assessment. <https://doi.org/10.1037/a0033326>

Schnyder, N., Panczak, R., Groth, N., & Schultze-Lutter, F. (2017). Association between mental health-related stigma and active help-seeking: Systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 210(4), 261–268.

<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.189464>

Schulz, K. M., Molenda-Figueira, H. A., & Sisk, C. L. (2009). Back to the Future: The Organizational-Activational Hypothesis Adapted to Puberty and Adolescence. *Hormones and Behavior*, *55*(5), 597–604.

<https://doi.org/10.1016/j.yhbeh.2009.03.010>

Segal, S. P., Watson, M. A., Goldfinger, S. M., & Averbuck, D. S. (1988). Civil Commitment in the Psychiatric Emergency Room: II. Mental Disorder Indicators and Three Dangerousness Criteria. *Archives of General Psychiatry*, *45*(8),

753–758. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1988.01800320069009>

Seto, M. C., Kingston, D. A., & Bourget, D. (2014). Assessment of the Paraphilias. *Psychiatric Clinics of North America*, *37*(2), 149–161.

<https://doi.org/10.1016/j.psc.2014.03.001>

Silva, W. P. De. (1999). Sexual variations Major sexual variations. *British Medical Journal*, *318*(7184), 654–656. <https://doi.org/10.1136/bmj.318.7184.654>

Stelzmann, D., Jahnke, S., & Kuhle, L. F. (2020). Media coverage of pedophilia: Benefits and risks from healthcare practitioners' point of view. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *17*(16), 1–19.

<https://doi.org/10.3390/ijerph17165739>

Stephens, S., Seto, M. C., Goodwill, A. M., & Cantor, J. M. (2017). Evidence of Construct Validity in the Assessment of Hebephilia. *Archives of Sexual Behavior*, *46*(1), 301–309. <https://doi.org/10.1007/s10508-016-0907-z>

Stoltenborgh, M., Ijzendoorn, M. H. Van, Euser, E. M., & Bakermans-kranenburg,

- M. J. (2011). *A Global Perspective on Child Sexual Abuse : Meta-Analysis of Prevalence Around the World*. <https://doi.org/10.1177/1077559511403920>
- Talbott, J. A. (2012). Stigma in America: Has Anything Changed? Impact of Perceptions of Mental Illness and Dangerousness on the Desire for Social Distance: 1996 and 2006. *Yearbook of Psychiatry and Applied Mental Health*, 2012(199), 256–257. <https://doi.org/10.1016/j.ypsy.2011.08.089>
- Thomas, S. P., Phillips, K. D., & Blaine, S. K. (2015). Psychotherapy Experiences of Perpetrators of Child Sexual Abuse. *Archives of Psychiatric Nursing*. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2015.05.003>
- Topolovec-vranic, J., & Natarajan, K. (2016). *The Use of Social Media in Recruitment for Medical Research Studies : A Scoping Review Corresponding Author : 18(11)*, 1–13. <https://doi.org/10.2196/jmir.5698>
- Trompeter, N., Johnco, C., Zepeda, R. M., Sophie, B., Sandra, C. S., La, V., ... Storch, E. A. (2021). *Mental Health Literacy and Stigma Among Salvadorian Youth : Anxiety , Depression and Obsessive-Compulsive Related Disorders*. <https://doi.org/10.1007/s10578-020-01096-0>
- Valdez-Santiago, R. (2020). *Abuso sexual infantil en mexico conductas de riesgo e indicadores de salud mental en adolescentes 2020* (pp. 661–671). pp. 661–671. <https://doi.org/https://doi.org/10.21//49/11924>
- Ventriglio, A., & Bhugra, D. (2019). Sexuality in the 21st Century: Sexual Fluidity. *East Asian Archives of Psychiatry*, 29(1), 30–34. <https://doi.org/10.12809/eaap1736>

Wang, Y., Wu, H., & Sun, Z. S. (2019). The biological basis of sexual orientation: How hormonal, genetic, and environmental factors influence to whom we are sexually attracted. *Frontiers in Neuroendocrinology*, *55*, 100798.

<https://doi.org/10.1016/j.yfrne.2019.100798>

Wilpert, J. (2017). Self-reported versus diagnosed paraphilias in outpatient sexual offenders outpatient sexual offenders. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, *9949*(September), 0.

<https://doi.org/10.1080/14789949.2017.1365156>

World Health Organization. (2019). CIE-11. Retrieved October 16, 2019, from

<https://icd.who.int/browse11/l->

[m/es#/http%3A%2F%2Ficd.who.int%2Ficd%2Fentity%2F2110604642?view=G1](https://icd.who.int/es#/http%3A%2F%2Ficd.who.int%2Ficd%2Fentity%2F2110604642?view=G1)

Xu, Z., Huang, F., Kösters, M., & Rüsç, N. (2017). Challenging mental health related stigma in China: Systematic review and meta-analysis. II. Interventions among people with mental illness. *Psychiatry Research*, *255*(May), 457–464.

<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.05.002>

Xu, Z., Rüsç, N., Huang, F., & Kösters, M. (2017). Challenging mental health related stigma in China: Systematic review and meta-analysis. I. Interventions among the general public. *Psychiatry Research*, *255*(January), 449–456.

<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.01.008>

10. Anexos

10.1. Anexo 1. Viñetas.

Viñeta 1: Agresor sexual sin T. Paidofílico.

Instrucciones: A continuación, se le presenta la descripción de una persona. A partir de esta descripción, por favor responda cada una de las preguntas que se le presentan, marcando con una "X", la respuesta que mejor se acerque a su opinión en relación al posible comportamiento que pueda tener esta persona. Por favor conteste todas las preguntas aún en el caso de que no esté completamente seguro de su respuesta. **NO DEJE PREGUNTAS SIN CONTESTAR.** Es importante mencionar que toda la información generada por este cuestionario es **CONFIDENCIAL.**

Una persona de 32 años acude a evaluación y, durante la entrevista, refiere que a la edad de 25 años, convenció a una persona menor de 5 años de edad a que juntos vieran películas pornográficas, actividad que duro un par de meses. Posteriormente la persona evaluada consiguió sostener relaciones sexuales con la persona menor. Estas acciones continuaron durante al menos 2 años de forma intermitente, hasta que en uno de los encuentros en que tenían relaciones sexuales, los descubrió su hermana, que es la madre de la persona menor de 5 años. Estas circunstancias le obligaron a huir y cambiar de domicilio. Actualmente refiere que no ha realizado estas conductas nuevamente.

Marque con una "X" la opción de respuesta que más se acerque a su opinión.

	Totalmente en Desacuerdo	En Desacuer do	De Acuerdo	Totalme nte de Acuerdo
1 Considero que esta persona tiene una enfermedad mental	()	()	()	()
Si contestó "totalmente de acuerdo" o "de acuerdo" pase a la pregunta 2 y 3				
Si contestó "totalmente en desacuerdo" o "en desacuerdo" pase a la pregunta 4				
2 ¿Qué enfermedad mental considera que tiene esta persona? _____				
3 Lo que le ocurre es debido:				
a) Es débil de carácter	()	()	()	()
b) Problemas familiares	()	()	()	()
c) Problema médico	()	()	()	()
d) Dificultades psicológicas	()	()	()	()
e) Problema biológico-social-personal	()	()	()	()
4 Esta persona cometió un delito	()	()	()	()
Si contestó "totalmente de acuerdo" o "de acuerdo" pase a la pregunta 5				
Si contestó "totalmente en desacuerdo" o "en desacuerdo" pase a la pregunta 6				
5 Si la persona cometió un delito, lo considero una persona inimputable (no es culpable del delito debido a sus facultades mentales)	()	()	()	()
6 Considero que es una persona peligrosa para la sociedad	()	()	()	()
7 Considero que es impredecible en su comportamiento	()	()	()	()
8 Creo que la persona de 32 años es...	Hombre	()	Mujer	()
9 Creo que la persona de 5 años es...	Niño	()	Niña	()

Viñeta 2: Persona con T. Paidofílico que no ha realizado una agresión sexual y le genera malestar

Instrucciones: A continuación, se le presenta la descripción de una persona. A partir de esta descripción, por favor responda cada una de las preguntas que se le presentan, marcando con una “X”, la respuesta que mejor se acerque a su opinión en relación al posible comportamiento que pueda tener esta persona. Por favor conteste todas las preguntas aún en el caso de que no esté completamente seguro de su respuesta. **NO DEJE PREGUNTAS SIN CONTESTAR.** Es importante mencionar que toda la información generada por este cuestionario es **CONFIDENCIAL.**

Una persona de 32 años acude a evaluación y, durante la entrevista, refiere que a la edad de 19 años, comenzó a presentar dificultades para excitarse durante los encuentros sexuales con sus parejas. Esta situación se presentó posterior a bañar a una persona menor de 5 años de edad que dejaron a su cuidado. Refiere que, desde ese momento, comenzó a presentar un patrón continuo e intenso de excitación sexual, manifestado por fantasías, pensamientos y fuertes deseos de tener relaciones sexuales con una persona menor. El estar así le ha generado un intenso malestar y le impide disfrutar las relaciones sexuales con sus parejas.

Marque con una “X” la opción de respuesta que más se acerque a su opinión.

	Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	De Acuerdo	Totalme nte de Acuerdo
1 Considero que esta persona tiene una enfermedad mental	()	()	()	()
Si contestó “totalmente de acuerdo” o “de acuerdo” pase a la pregunta 2 y 3				
Si contestó “totalmente en desacuerdo” o “en desacuerdo” pase a la pregunta 4				
2 ¿Qué enfermedad mental considera que tiene esta persona? _____				
3 Lo que le ocurre es debido:				
a) Es débil de carácter	()	()	()	()
b) Problemas familiares	()	()	()	()
c) Problema médico	()	()	()	()
d) Dificultades psicológicas	()	()	()	()
e) Problema biológico-social-personal	()	()	()	()
4 Esta persona cometió un delito	()	()	()	()
Si contestó “totalmente de acuerdo” o “de acuerdo” pase a la pregunta 5				
Si contestó “totalmente en desacuerdo” o “en desacuerdo” pase a la pregunta 6				
5 Si la persona cometió un delito, lo considero una persona inimputable (no es culpable del delito debido a sus facultades mentales)	()	()	()	()
6 Considero que es una persona peligrosa para la sociedad	()	()	()	()
7 Considero que es impredecible en su comportamiento	()	()	()	()
8 Creo que la persona de 32 años es...	Hombre	()	Mujer	()
9 Creo que la persona de 5 años es...	Niño	()	Niña	()

Viñeta 3: Abuso sexual del menor por tocamientos y T. Paidofílico

Instrucciones: A continuación, se le presenta la descripción de una persona. A partir de esta descripción, por favor responda cada una de las preguntas que se le presentan, marcando con una "X", la respuesta que mejor se acerque a su opinión en relación al posible comportamiento que pueda tener esta persona. Por favor conteste todas las preguntas aún en el caso de que no esté completamente seguro de su respuesta. **NO DEJE PREGUNTAS SIN CONTESTAR.** Es importante mencionar que toda la información generada por este cuestionario es **CONFIDENCIAL.**

Una persona de 32 años acude a evaluación y, durante la entrevista, refiere que a la edad de 19 años, comenzó a presentar dificultades para excitarse durante los encuentros sexuales con sus parejas. Esta situación se presentó posterior a bañar a una persona menor de 5 años de edad que dejaron a su cuidado. Desde entonces, comenzó a presentar un patrón continuo e intenso de excitación sexual, manifestado por fantasías, pensamientos y fuertes deseos de tener relaciones sexuales con la persona menor. Hace dos semanas, tocó los genitales de una persona de 5 años por encima de la ropa. Después de ese momento, ha presentado un intenso malestar que le impide disfrutar las relaciones sexuales con sus parejas.

Marque con una "X" la opción de respuesta que más se acerque a su opinión.

	Totalmente en Desacuerdo	En Desacuer do	De Acuerdo	Totalme nte de Acuerdo
1 Considero que esta persona tiene una enfermedad mental	()	()	()	()
Si contestó "totalmente de acuerdo" o "de acuerdo" pase a la pregunta 2 y 3				
Si contestó "totalmente en desacuerdo" o "en desacuerdo" pase a la pregunta 4				
2 ¿Qué enfermedad mental considera que tiene esta persona? _____				
3 Lo que le ocurre es debido:				
a) Es débil de carácter	()	()	()	()
b) Problemas familiares	()	()	()	()
c) Problema médico	()	()	()	()
d) Dificultades psicológicas	()	()	()	()
e) Problema biológico-social-personal	()	()	()	()
4 Esta persona cometió un delito	()	()	()	()
Si contestó "totalmente de acuerdo" o "de acuerdo" pase a la pregunta 5				
Si contestó "totalmente en desacuerdo" o "en desacuerdo" pase a la pregunta 6				
5 Si la persona cometió un delito, lo considero una persona inimputable (no es culpable del delito debido a sus facultades mentales)	()	()	()	()
6 Considero que es una persona peligrosa para la sociedad	()	()	()	()
7 Considero que es impredecible en su comportamiento	()	()	()	()
8 Creo que la persona de 32 años es...	Hombre	()	Mujer	()
9 Creo que la persona de 5 años es...	Niño	()	Niña	()

Viñeta 4: Abuso sexual del menor por violación y T. Paidofílico

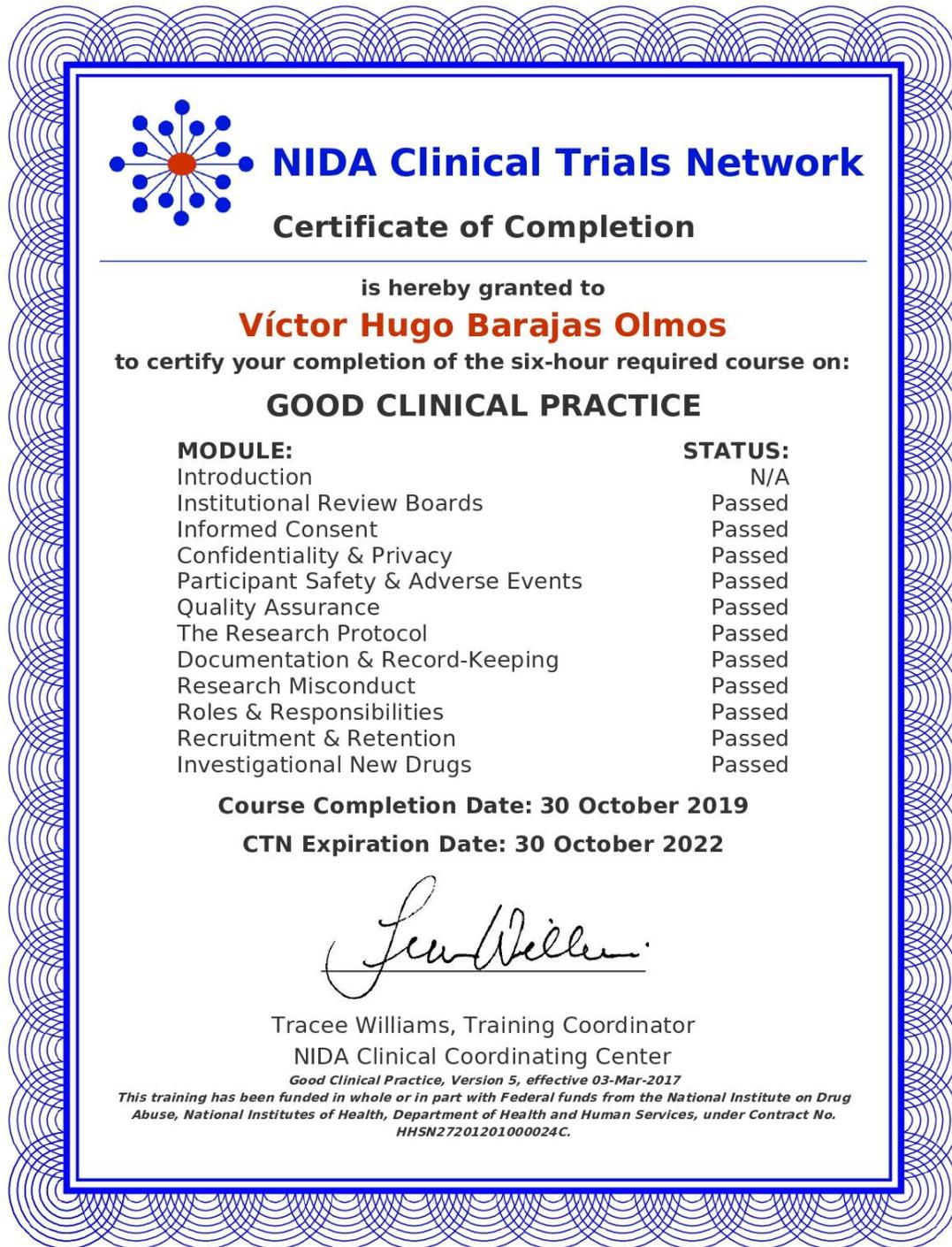
Instrucciones: A continuación, se le presenta la descripción de una persona. A partir de esta descripción, por favor responda cada una de las preguntas que se le presentan, marcando con una “X”, la respuesta que mejor se acerque a su opinión en relación al posible comportamiento que pueda tener esta persona. Por favor conteste todas las preguntas aún en el caso de que no esté completamente seguro de su respuesta. **NO DEJE PREGUNTAS SIN CONTESTAR.** Es importante mencionar que toda la información generada por este cuestionario es **CONFIDENCIAL.**

Una persona de 32 años acude a evaluación y, durante la entrevista, refiere que a la edad de 19 años, comenzó a presentar dificultades para excitarse durante los encuentros sexuales con sus parejas. Esta situación se presentó posterior a bañar a una persona menor de 5 años de edad que dejaron a su cuidado. Desde entonces, comenzó a presentar un patrón continuo e intenso de excitación sexual, manifestado por fantasías, pensamientos y fuertes deseos de tener relaciones sexuales con la persona menor. Hace dos semanas, tuvo relaciones sexuales con una persona menor. Después de ese momento, ha presentado un intenso malestar que le impide disfrutar las relaciones sexuales con sus parejas.

Marque con una “X” la opción de respuesta que más se acerque a su opinión.

	Totalmente en Desacuerdo	En Desacuer do	De Acuerdo	Totalme nte de Acuerdo
1 Considero que esta persona tiene una enfermedad mental	()	()	()	()
Si contestó “totalmente de acuerdo” o “de acuerdo” pase a la pregunta 2 y 3				
Si contestó “totalmente en desacuerdo” o “en desacuerdo” pase a la pregunta 4				
2 ¿Qué enfermedad mental considera que tiene esta persona? _____				
3 Lo que le ocurre es debido:				
a) Es débil de carácter	()	()	()	()
b) Problemas familiares	()	()	()	()
c) Problema médico	()	()	()	()
d) Dificultades psicológicas	()	()	()	()
e) Problema biológico-social-personal	()	()	()	()
4 Esta persona cometió un delito	()	()	()	()
Si contestó “totalmente de acuerdo” o “de acuerdo” pase a la pregunta 5				
Si contestó “totalmente en desacuerdo” o “en desacuerdo” pase a la pregunta 6				
5 Si la persona cometió un delito, lo considero una persona inimputable (no es culpable del delito debido a sus facultades mentales)	()	()	()	()
6 Considero que es una persona peligrosa para la sociedad	()	()	()	()
7 Considero que es impredecible en su comportamiento	()	()	()	()
8 Creo que la persona de 32 años es...	Hombre	()	Mujer	()
9 Creo que la persona de 5 años es...	Niño	()	Niña	()

10.2. Anexo 2. Constancia curso buenas prácticas clínicas.



10.3. Anexo 3. Consentimiento Informado digital

Lo estamos invitando a participar en un estudio de investigación del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”, para lo cual se le solicita su consentimiento voluntario.

Por favor lea cuidadosamente la siguiente información y no dude en contactarnos si existiera algo que no entienda claramente.

Título: Estigma público asociado a las parafilias: el caso de la paidofilia.

¿Para qué es este estudio?

Nuestro objetivo es conocer la percepción pública respecto a la paidofilia, también conocida como pedofilia.

Y con esta información poder comparar si las acciones de estas personas modifican la percepción que tiene la población respecto a los siguientes puntos:

- Peligrosidad
- Comisión de delito
- Inimputabilidad (Falta de culpabilidad en caso de cometer un delito)
- Causa la paidofilia

¿Cómo lo van a hacer?

A través de esta plataforma conoceremos la opinión de 500 personas mayores de 18 años.

Se les presentarán cuatro historias pequeñas, cada historia se acompañará de nueve preguntas, en su mayoría de opción múltiple sobre su opinión acerca de la historia (Cuestionario de Concepto Público de Peligrosidad).

¿Qué beneficios hay?

Su participación es totalmente voluntaria, no recibirá algún tipo de compensación por parte de nuestro equipo, ni se verá beneficiado directamente al participar. Sin embargo, podrá dar a conocer su opinión en un tema poco estudiado en México y así colaborar en el entendimiento de este.

¿Qué tengo que hacer?

En caso de desear continuar, una vez finalizada la lectura de esta ventana, de click en aceptar y podrá iniciar la encuesta.

Adicionalmente se le solicitarán datos los siguientes datos generales: edad, género, escolaridad, ocupación, estado civil y país de origen.

Una vez capturada la información confirmará el envío de sus respuestas con lo que concluirá su participación.

¿Qué pasará con mi información?

Al contestar este cuestionario, usted permanece anónimo. De tal forma que su nombre no será recabado en ningún momento, sus respuestas serán identificadas con un folio que corresponderá al número de su participación. Las respuestas serán utilizadas para su análisis y posterior creación de artículos científicos.

¿Qué hay de mi privacidad en línea?

Únicamente la información descrita en este documento será la recabada, el equipo de investigación no buscará registrar ni utilizar sus datos digitales como la dirección IP.

¿Qué riesgos hay?

Las historias presentadas incluyen situaciones hipotéticas que podrían ser consideradas como inapropiadas u ofensivas por algunas personas, por lo que su participación es estrictamente voluntaria y en todo momento previo a la confirmación del envío, puede abandonar el estudio.

En caso de que el abordar estos temas genere en usted un malestar emocional por favor contáctenos, con la finalidad de que pueda ser dirigido a alguna instancia pública que le pueda brindar atención en cuanto a salud mental.

¿Qué otros riesgos hay?

Se le recomienda reconsiderar su participación en caso de que su historia personal de vida pueda estar relacionada con el tema de la atracción sexual hacia niños o de violencia sexual en niños y que considere que el abordar el tema pueda generar malestar emocional.

¿Qué pasa si decido ya no participar?

En cualquier momento durante la encuesta tendrá la oportunidad de abandonar la encuesta y con esto el estudio. Así pues, su información no será recibida.

Contacto:

Si usted tiene necesidad de información complementaria no dude en comunicarse con el Dr. Víctor Hugo Barajas Olmos comentariosproyectoEPTP@gmail.com o a través de las redes sociales de promoción del proyecto. Se dará respuesta de lunes a viernes en horarios de 9:00 a 17:00 hrs.

Entiendo:

- ✓ De qué trata este estudio.
- ✓ Que puedo suspender mi participación en el estudio en cualquier momento.
- ✓ Que mi identidad no será conocida.
- ✓ Que en caso de que el tema me genere malestar emocional puedo contactar al equipo de investigación.
- ✓ Que las respuestas serán utilizadas para investigación del tema

Además, hago constar que soy mayor de edad, leí y entiendo este consentimiento informado digital.

ACEPTO VOLUNTARIAMENTE PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO

(Click en aceptar)

10.4. Anexo 4: Información para participantes



INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ

TRASTORNOS PARAFÍLICOS

Material informativo para participantes del proyecto de investigación: “Estigma público asociado a las parafilias: el caso de la paidofilia”

ÍNDICE

Mensaje del grupo de investigación	3
¿Qué es la excitación sexual?	4
¿Qué es una parafilia?	5
¿Qué es un Trastorno parafílico?	6
¿Cuáles son los Trastornos parafílicos?	7
¿Qué es paidofilia?	8
¿Qué es pederastia?	9
¿Cuál es la diferencia entre paidofilia y pederastia?	10
Puntos clave	11
Bibliografía	12

MENSAJE DEL GRUPO DE INVESTIGACIÓN

Estimado(a) participante:

Agradecemos su valiosa colaboración en nuestro proyecto de investigación, especialmente por haber completado la totalidad de la encuesta.

Como equipo de trabajo y como profesionales en el área de la salud mental, buscamos comunicar la información científica actual de los Trastornos Mentales de la manera más clara posible.

Es por ello, que hemos preparado este documento con información sobre los trastornos parafilicos y del trastorno paidofílico, esperando que le sea de beneficio este conocimiento.

Nos despedimos de usted, no sin antes reiterarle nuevamente nuestro más sincero agradecimiento por su participación.

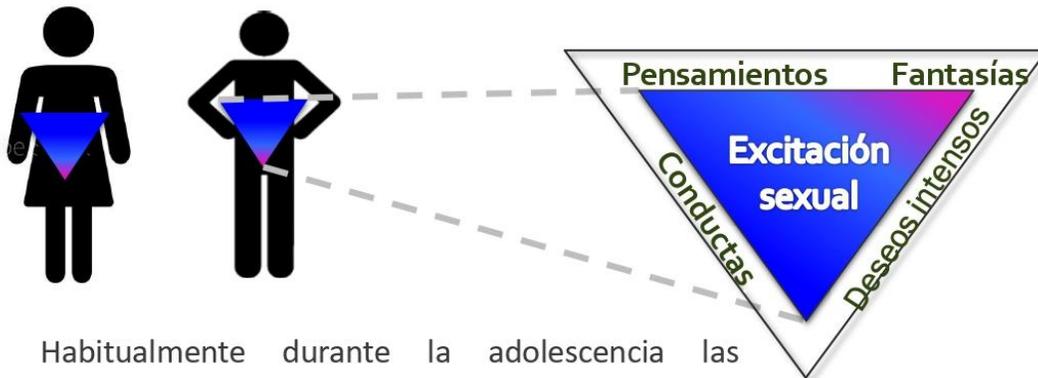
Dra. Ana Fresán Orellana

Dr. J. Nicolás Ivan Martínez López

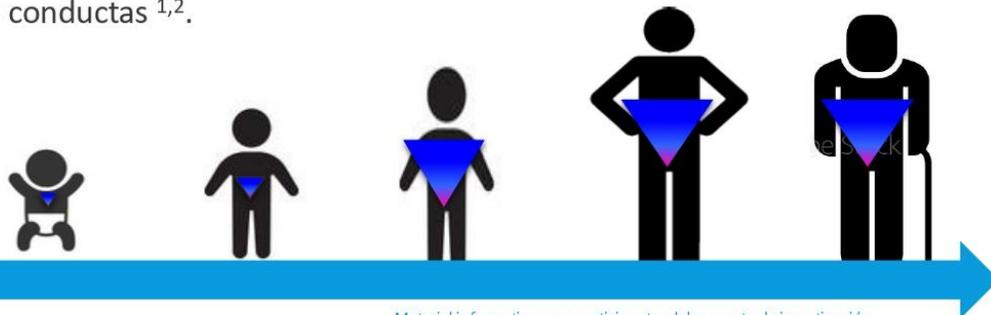
Dr. Víctor Hugo Barajas Olmos

¿QUÉ ES LA EXCITACIÓN SEXUAL?

Es una característica presente en las personas, que aunque aún no se puede asegurar con total certeza, parece que no es aprendida y se mantiene constante a lo largo de toda la vida, es decir, como un **patrón**¹.



Habitualmente durante la adolescencia las personas comienzan a darse cuenta de su propio **patrón de excitación sexual** el cual se manifiesta como: pensamientos, fantasías, deseos intensos y/o conductas ^{1,2}.



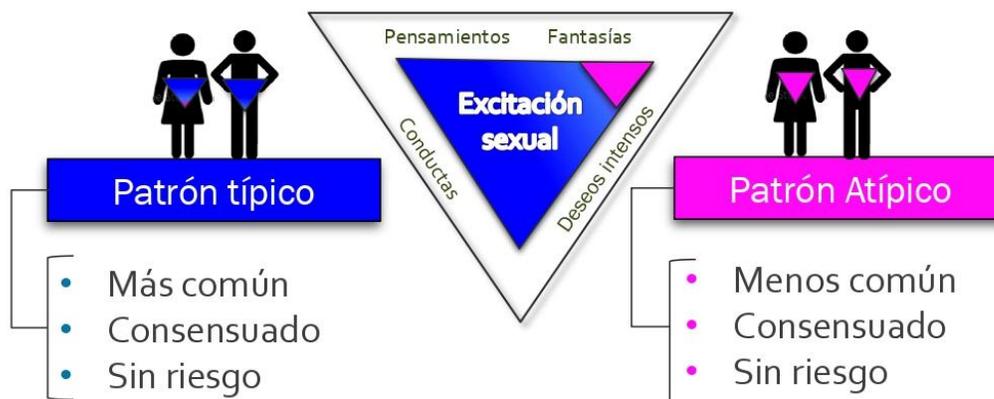
¿QUÉ ES UNA PARAFILIA?

El **patrón de excitación sexual** puede ser similar al que presentan la mayoría de personas (Típico) o puede ser menos común (Atípico), como es el caso de casi el 10% de personas ^{3,4}.

En ambos patrones de excitación sexual los involucrados dan su autorización para la interacción sexual (Consensuado) y esta no implica algún riesgo físico o mental para ninguno.

En el pasado, cuando alguien presentaba un **patrón de excitación sexual atípico** se consideraba que presentaba una **parafilia**⁵.

En la actualidad se le da cada vez menos este significado, pues puede confundirse con **trastorno parafilico**².



¿QUÉ ES UN TRASTORNO PARAFÍLICO?

Un **trastorno parafílico** es un trastorno mental se caracteriza por patrones persistentes e intensos de excitación sexual atípica, que se manifiestan como pensamientos, fantasías, deseos intensos o conductas sexuales centrados en



terceros cuya edad o situación los hace **reacios o incapaces de consentir**, y con respecto a los cuales la persona ha actuado o siente un marcado malestar.



Los **trastornos parafílicos** pueden incluir patrones de excitación que implican comportamientos solitarios o personas que pueden dar su consentimiento solo cuando se asocian con un **malestar marcado** que no es simplemente el resultado del rechazo o el temor al rechazo de los demás debido al patrón de excitación, o se asocian con un **riesgo significativo de lesión o muerte**?

- Enfermedad mental
- No consensuado o con riesgo físico o mental

¿CUÁLES SON LOS TRASTORNOS PARAFÍLICOS?

Trastorno parafílico ²	Patrón de excitación sexual
Trastorno paidofílico	Involucran a niños o niñas
Trastorno exhibicionista	Exponer los genitales a un desconocido en lugares públicos
Trastorno voyeurista	Observar a una persona desnuda, en el proceso de desnudarse o teniendo alguna actividad sexual, sin que esta persona lo sospeche
Trastorno por sadismo sexual coercitivo	Infligir sufrimiento físico o psicológico a una persona que no lo ha consentido.
Frotismo	Tocar o frotarse con otra persona sin su consentimiento en lugares públicos.
Otros Trastornos que involucran a personas sin su consentimiento	Involucra a otros que no están dispuestos o no pueden dar su consentimiento y que no está específicamente descrito en ninguna otra categoría.
Trastornos en solitario o que involucran individuos que dieron su consentimiento	Son conductas en solitario o involucran a adultos que dieron su consentimiento. Pero la persona experimenta un marcado malestar por el patrón de excitación y su malestar no es una simple consecuencia del rechazo o temor al rechazo de los demás por el patrón de excitación; o el comportamiento parafílico involucra un riesgo significativo de lesión o muerte para el individuo (p. ej., asfixiofilia o asfixia erótica).

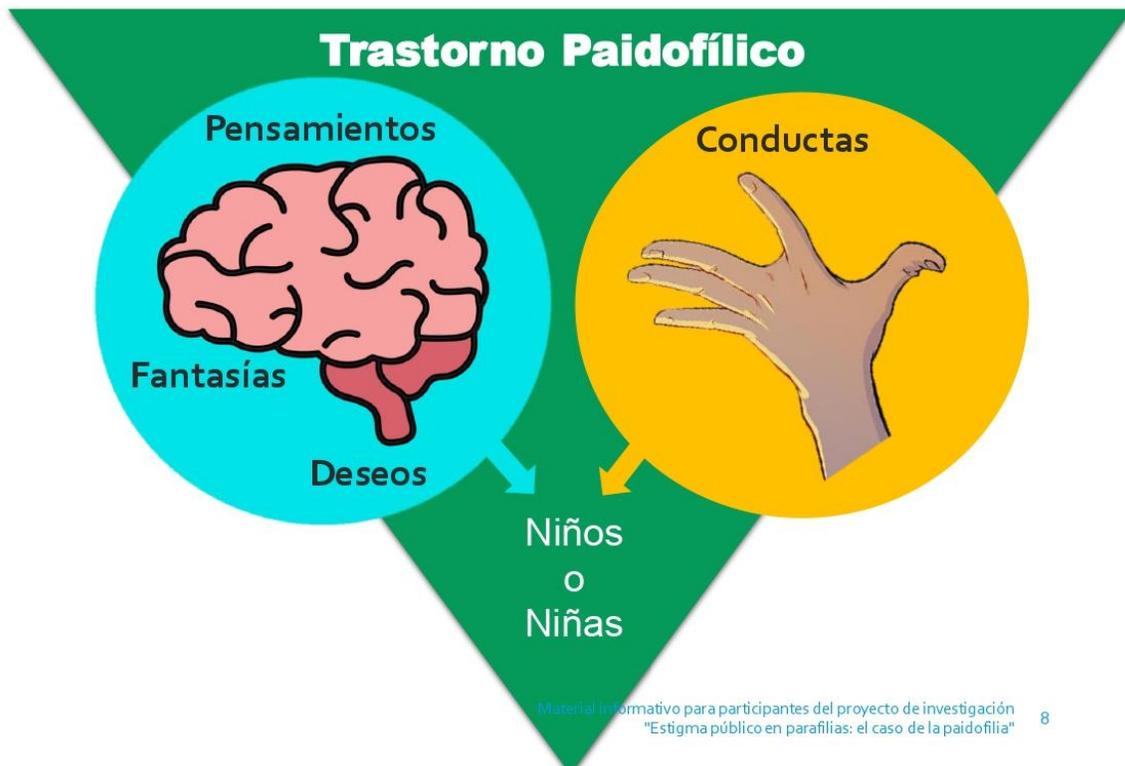
Recuerda que al hablar de **patrón de excitación sexual** nos referimos a que es constante a lo largo de la vida.



¿QUÉ ES PAIDOFILIA?



Es un **trastorno mental**, definido como 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 niñas².



Material informativo para participantes del proyecto de investigación
"Estigma público en parafilias: el caso de la paidofilia"

8

¿QUÉ ES PEDERASTIA?

De acuerdo al Código Penal Federal, se utiliza el termino pederasta a quien se aproveche de la confianza, subordinación o superioridad que tenga sobre **un menor de dieciocho años**, derivada de su parentesco en cualquier grado, tutela, curatela, guarda o custodia, relación docente, religiosa, laboral, médica, cultural, doméstica o de cualquier índole y ejecute, obligue, induzca o convenza a ejecutar **cualquier acto sexual, con o sin su consentimiento**⁶.



En reportes internacionales se ha visto que mas de la mitad de los agresores sexuales de menores **NO** poseen un trastorno paidofílico ⁷.

¿CUÁL ES LA DIFERENCIA ENTRE PAIDOFILIA Y PEDERASTIA?



La pederastia es un término legal que se refiere al **delito** en el que se lleva a cabo una conducta sexual en la que se involucra a un menor de edad⁶.



En tanto que el trastorno paidofílico es un trastorno mental que nos habla del **patrón de excitación sexual** de una persona y que toma en cuenta más aspectos que sólo la conducta que pudiera haber realizado quien lo padece².

Trastorno paidofílico

- Es un patrón de excitación sexual.
- Es un trastorno mental.
- No todas las personas llevan a cabo un acto.

Pederastia

- Es un delito
- Puede o no haber un trastorno mental
- Se lleva a cabo un acto de violencia sexual.

PUNTOS CLAVE

- ✓ La excitación sexual es involuntaria y se manifiesta como una característica constante a lo largo de la vida.
- ✓ Existen distintos patrones de excitación sexual, algunos más comunes y otros menos comunes.
- ✓ Cuando el patrón de excitación sexual pone en riesgo físico o mental a la persona o a terceros, se considera como una enfermedad mental conocida como trastorno parafílico.
- ✓ El trastorno paidofílico es un trastorno parafílico, por lo tanto requiere atención especializada.
- ✓ La pederastia es un delito de violencia sexual hacia un menor de edad.
- ✓ No todos los agresores sexuales de menores poseen un trastorno paidofílico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bradford, J. M. W., & Ahmed, A. G. (2014). The Natural History of the Paraphilias. *Psychiatric Clinics of North America*, 37(2). <https://doi.org/10.1016/j.psc.2014.03.010>
2. World Health Organization. (2019). CIE-11. Retrieved October 16, 2019, from <https://icd.who.int/browse11/l-m/es#/http%3A%2F%2Fid.who.int%2Ficd%2Fentity%2F2110604642?view=G1>
3. Joyal, C. C., & Carpentier, J. (2017). The Prevalence of Paraphilic Interests and Behaviors in the General Population: A Provincial Survey. *Journal of Sex Research*, 54(2), 161–171. <https://doi.org/10.1080/00224499.2016.1139034>
4. Castellini, G., Rellini, A. H., Appignanesi, C., Pinucci, I., Fattorini, M., Grano, E., Ricca, V. (2018). Deviance or Normalcy? The Relationship Among Paraphilic Thoughts and Behaviors, Hypersexuality, and Psychopathology in a Sample of University Students. *Journal of Sexual Medicine*, 15(9), 1322–1335. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.07.015>
5. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Washington.
6. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. (2018). Delitos Contra la Vida y la Integridad Corporal. Código Penal Federal, 92–98. Retrieved from https://docs.mexico.justia.com/federales/codigo_penal_federal.pdf
7. Schmidt, A. F., Mokros, A., & Banse, R. (2013). Is pedophilic sexual preference continuous? A taxometric analysis based on direct and indirect measures. *Psychological Assessment*. <https://doi.org/10.1037/a0033326>