

Los Orígenes de la Pedofilia Según las Neurociencias y Opciones Terapéuticas



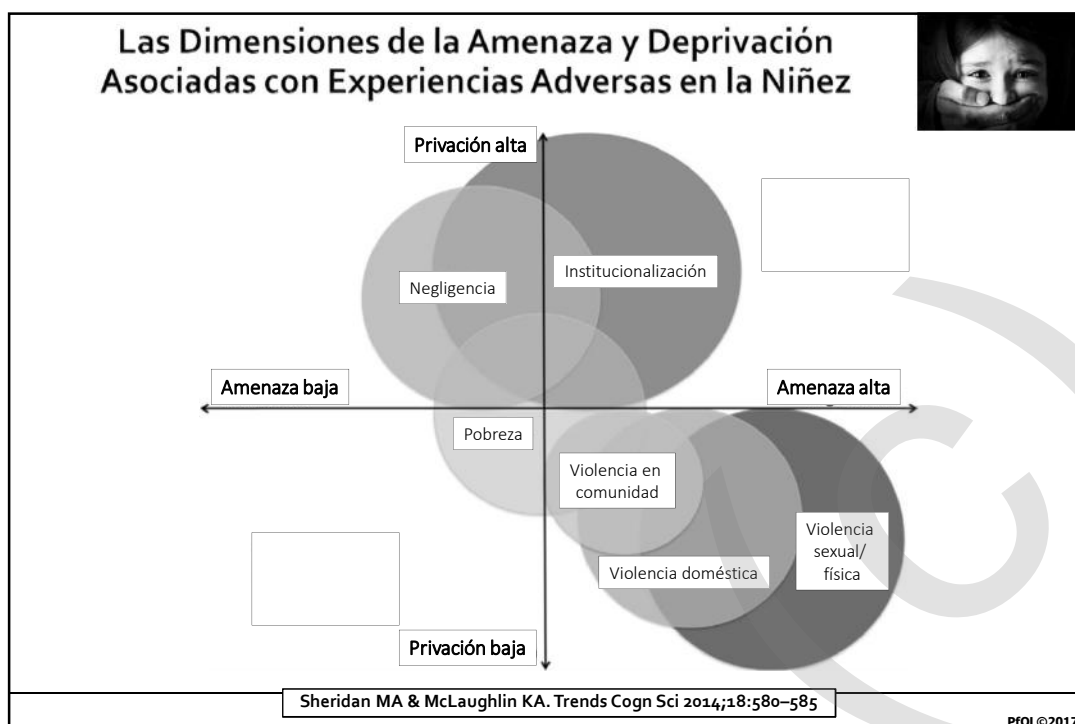
Jorge M Tamayo, M.D., B.Sc.(Pharm.)

Departamento de Psiquiatría - Universidad CES
Departamento de Psicología - Universidad Pontificia Bolivariana
MEDELLÍN, COLOMBIA



Consecuencias Psiquiátricas del Abuso Sexual en la Niñez

- 2 Impacto Neurobiológico del Abuso Sexual en la Niñez
- 3 Características y Epidemiología de la Pedofilia
- 4 Orígenes Neurobiológicos de la Pedofilia
- 5 Tratamiento de los Sujetos con Pedofilia



La Violencia/Abuso Sexual Contra los Niños en Colombia – Medicina Legal

- El 2017 será recordado como el año que presentó mayores casos de delito sexual en el país, frente a lo registrado durante la última década.
- Durante el periodo comprendido entre los años 2008 y 2016, el INMLCF atendió 21.385 casos anualmente, mientras que en el año 2017 se elevó la cifra a 23.798 (aumento del 11,21% respecto al año 2016).
- El 86,83% de los casos de abuso sexual se cometieron contra niños, niñas y adolescentes.
- El 86,65% de los abusos se cometieron por personas cercanas a la víctima y en el 76,56% de los casos en su propia vivienda.

Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Forensis 2017

PROL©2017

La Violencia/Abuso Sexual Contra los Niños en Colombia – Medicina Legal



Grupo de edad	Hombre			Mujer			Total		
	Casos	%	Tasa x 100.000 hab.	Casos	%	Tasa x 100.000 hab.	Casos	%	Tasa x 100.000 hab.
(00 a 04)	599	17,73	26,92	2.049	10,03	96,51	2.648	11,13	60,90
(05 a 09)	1.211	35,84	55,44	4.362	21,36	209,04	5.573	23,42	130,49
(10 a 13)	859	25,42	49,40	7.018	34,37	421,96	7.877	33,10	231,53
(14 a 17)	437	12,93	24,98	4.128	20,22	246,03	4.565	19,18	133,20

- **Bogotá, Antioquia, Valle del Cauca, Cundinamarca y Santander son los cinco departamentos donde se reportaron mayor número de eventos de violencia sexual durante el 2017**

Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Forensis 2017

PROL©2017

Abuso Sexual en la Niñez (ASN) y Tratamiento para Trastornos Psiquiátricos en la Adulthood (NCS; n=5877)




Diagnóstico	Controles (n=3.139.745)		Casos (n=1.612)		RR	IC 95%	P
	n	%	n	%			
Esquizofrenias	20 792	0.7	13	0.8	1.2	0.7—2.1	NS
Trastornos afectivos mayores	15 143	0.5	16	1.0	2.1	1.3—3.4	<0.01
Trastornos somatomorfos	6695	0.2	7	0.4	2.0	1.0—4.3	NS
Trastornos de ansiedad	19 244	0.6	31	1.9	3.2	2.2—4.5	<0.001
Trastornos de personalidad	3350	0.1	8	0.5	4.7	2.3—9.4	<0.001
Drogodependencias	7594	0.2	4	0.2	1.0	0.4—2.7	NS
Trastornos de conducta	1913	0.1	7	0.4	7.2	3.4—15.0	<0.001
Otros trastornos de la niñez	7404	0.2	29	1.8	7.7	5.4—11.2	<0.001
Trastornos NO psiquiátricos	1947	0.1	6	0.4	6.0	2.7—13.4	<0.001
Total	113 707	3.6	200	12.4	3.8	3.2—4.4	<0.001

Spataro J et al. Br J Psychiatry 2004;184:416-21

PROL©2017

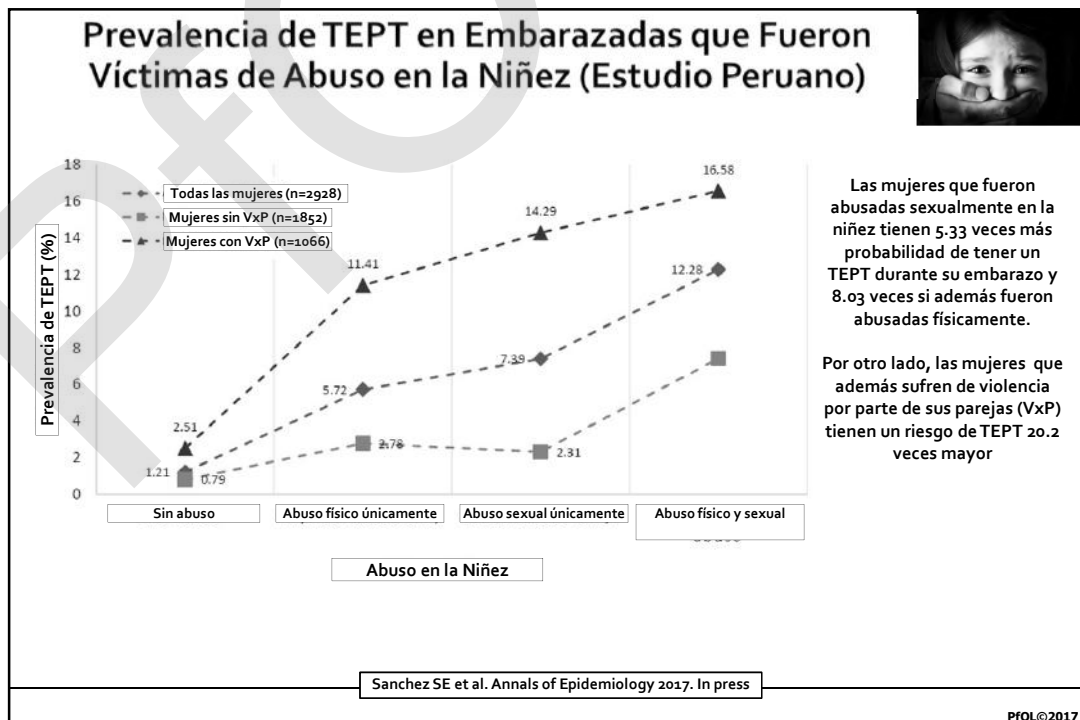
Maltrato en la Niñez y Riesgo de Trastornos Psiquiátricos



Variables	Todos los pacientes	Trauma leve	Trauma múltiple sin abuso sexual	Trauma múltiple con abuso sexual	P
n	742	330 (44.5%)	240 (32.3%)	172 (23.2%)	
Edad (años)	36.72	37.29	35.78	36.95	0.359
Sexo					
Masculino	243 (32.7%)	127 (38.5%)	83 (34.6%)	33 (19.2%)	0.000
Femenino	499 (67.3%)	203 (61.5%)	157 (65.4%)	139 (80.8%)	
Abuso emocional	11.86	7.15	13.05	19.22	0.000
Abuso físico	7.92	5.37	7.21	13.81	0.000
Abuso sexual	7.93	5.72	5.96	14.93	0.000
Negligencia emocional	13.46	8.36	16.05	19.62	0.000
Negligencia física	13.00	12.88	12.85	13.42	0.006
TUS	98 (13.2%)	36 (10.9%)	36 (15.0%)	26 (15.1%)	0.254
Trastornos del afecto	429 (57.9%)	159 (48.2%)	154 (64.4%)	116 (67.4%)	0.000
Trastornos de ansiedad	313 (42.2%)	119 (36.1%)	103 (42.9%)	91 (52.9%)	0.001
TOC	55 (7.4%)	25 (7.6%)	13 (5.4%)	17 (9.9%)	0.224
TEPT	156 (21%)	32 (9.7%)	41 (17.1%)	83 (48.3%)	0.000

Schilling C et al. Psychopathology 2015;48:91-100

PFOLO@2017



Abuso Sexual en la Niñez y Riesgo de Trastornos Psiquiátricos en la Adulthood Según el Género



- Estudio con reportes de casi **6 mil casos** de abuso sexual en la niñez mostró que las mujeres tienen un mayor riesgo que los hombres de sufrir trastornos psiquiátricos en la adultez debido a este tipo de maltrato.¹
- La depresión, el trastorno bipolar y las crisis de pánico fueron más comunes en mujeres que en hombres abusados sexualmente en la niñez.¹
- El riesgo de presentar trastornos psiquiátricos en las mujeres que fueron abusadas sexualmente cuando eran niñas aumenta cuando la niña conoce al abusador o cuando se presentan varios episodios de abuso sexual.^{1,2}

1. Molnar BE et al. Am J Public Health 2001;91:753-760; 2. Teicher MH et al. Am J Psychiatry 2006; 163:993-1000

PFOL©2017

2

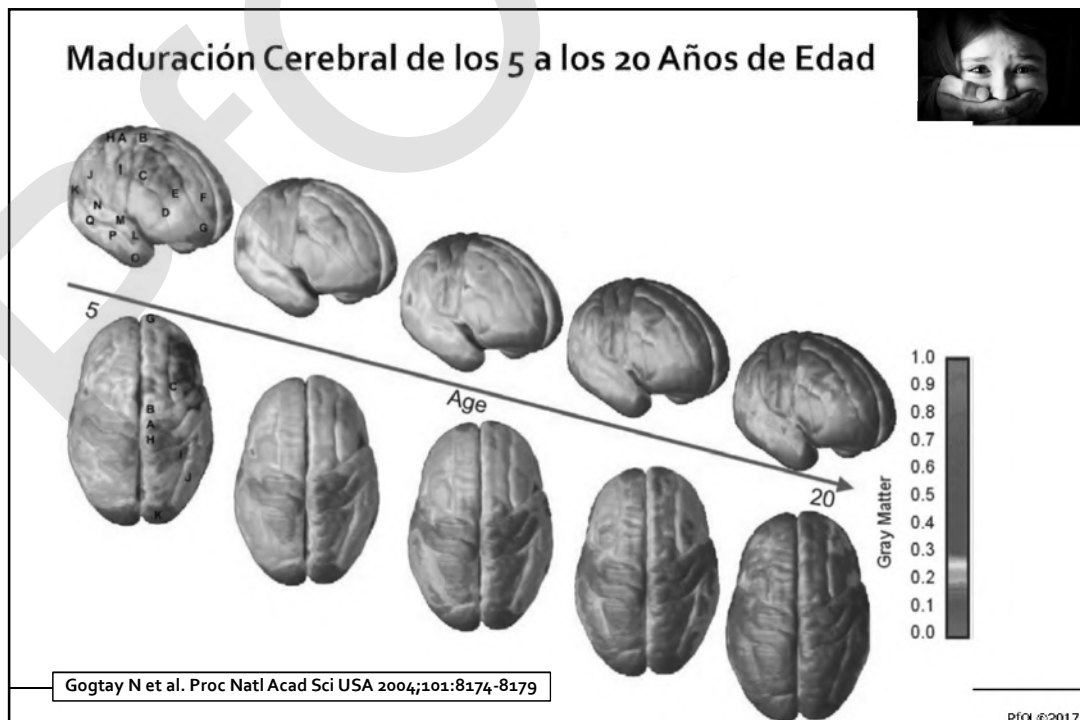
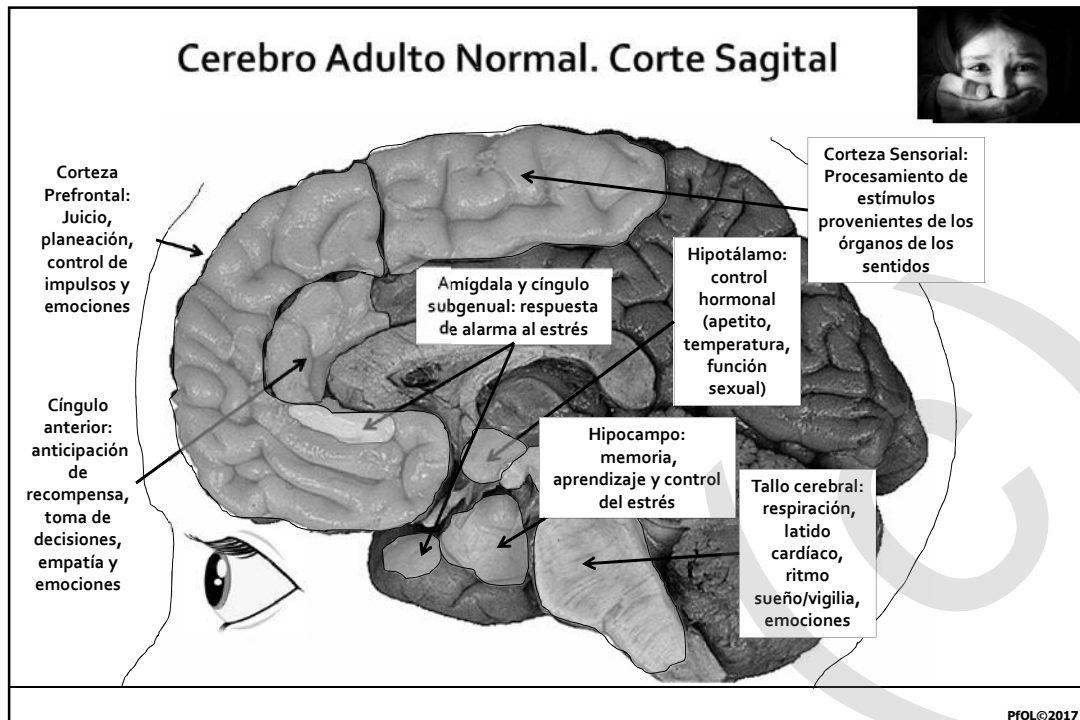
Impacto Neurobiológico del Abuso Sexual en la Niñez

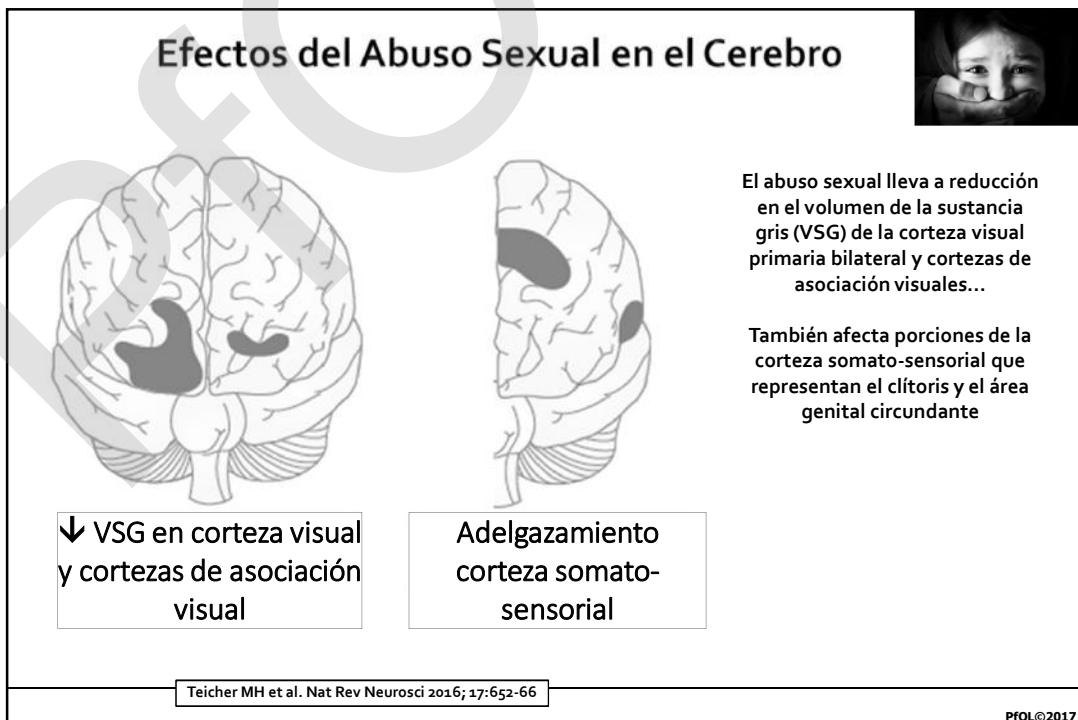
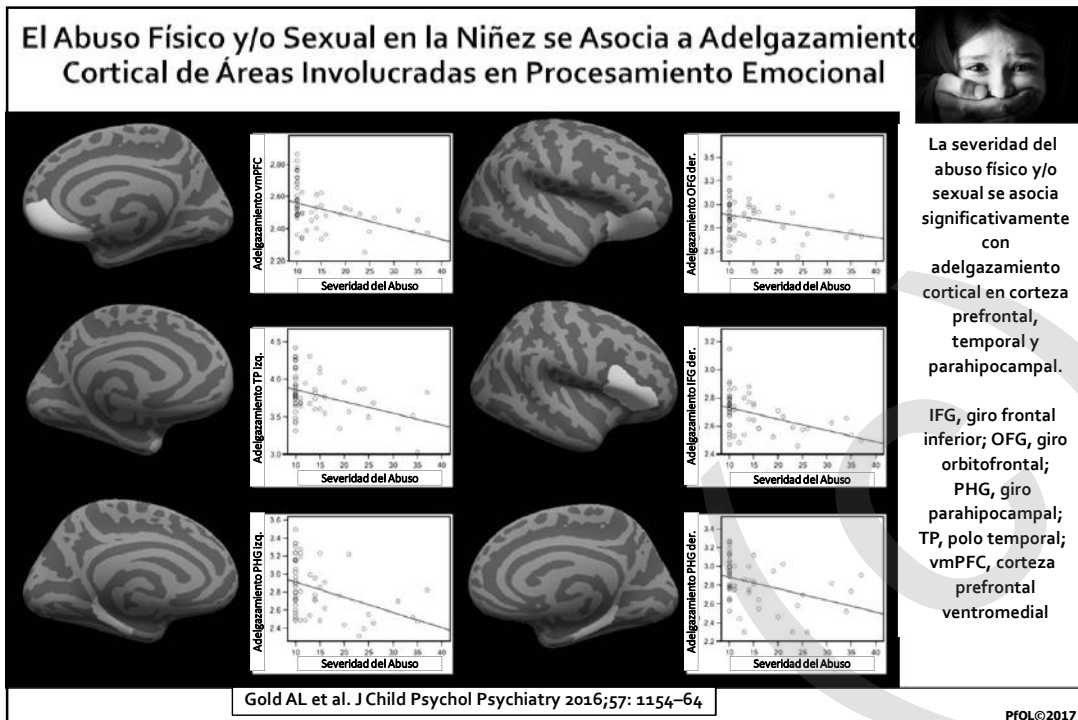
1 Consecuencias Psiquiátricas del Abuso Sexual en la Niñez

3 Características y Epidemiología de la Pedofilia

4 Orígenes Neurobiológicos de la Pedofilia

5 Tratamiento de los Sujetos con Pedofilia







Características y Epidemiología de la Pedofilia

- 1 Consecuencias Psiquiátricas del Abuso Sexual en la Niñez
- 2 Impacto Neurobiológico del Abuso Sexual en la Niñez
- 4 Orígenes Neurobiológicos de la Pedofilia
- 5 Tratamiento de los Sujetos con Pedofilia

Definición de Comportamiento Sexual Desviado



- Una serie de factores relevantes a las percepciones sociales sobre cierto comportamiento sexual influyen en la determinación de que el mismo sea desviado o no. Estos incluyen:
 - El nivel de consentimiento
 - El lugar en el que acontece el comportamiento sexual
 - La edad de los involucrados
 - La naturaleza del acto sexual
 - Si se presenta algún tipo de malestar o daño
 - La frecuencia del tipo de práctica social en sociedad
 - El grado de rechazo por otros acerca del comportamiento sexual particular

Tewksbury HC. A reader: sexual deviance. London: Lynne Rienner, 2003

PROL©2017

Conceptualización de las Parafilias como un Asunto Médico



- La desviación sexual se comienza a ver como un problema médico en 1886 con la publicación de *Psychopathia Sexualis* por el psiquiatra alemán Krafft-Ebing.
- Luego fue ilustrado por Emil Kraepelin (1913) y Freud (1905/1953) quien rescata las parafilias de la esfera del pecado para delinearlas como perversiones.

Thibaut F et al. World J Biol Psychiatry 2010; 11: 604-655

PROL©2017

Conceptualización de las Parafilias como un Asunto Médico



- Magnus Hirschfield (1948) intenta reformar las actitudes públicas sobre el comportamiento sexual, especialmente la homosexualidad.
- La consideración de las parafilias como entidades médicas fue apoyado luego por las clasificaciones internacionales de las enfermedades y vistas como trastornos del impulso o del espectro obsesivo-compulsivo.

Thibaut F et al. World J Biol Psychiatry 2010; 11: 604-655

PROL©2017

Definición y Epidemiología de la Pedofilia



- La pedofilia (ICD-10) o como subtipo de las parafilias (DSM-5) es un trastorno de preferencia sexual que se caracteriza por impulsos sexuales y fantasías que involucran a niños sexualmente inmaduros (generalmente ≤ 13 años o Tanner, etapas 1 a 3). En el 20% de los casos es incestuosa.
- Estos intereses sexuales pueden ocurrir exclusivamente por niños (7% de los casos) o en combinación con interés sexual por adultos. El 50 a 70% de los pedófilos tiene otras parafilias.
- Sólo un 50% de los agresores sexuales de menores (ASM o pederastia) son pedófilos (P+ASM). Los pedófilos no agresores (P-ASM) muestran un mejor funcionamiento social, habilidades empáticas y autocontrol sexual.

Hall RC & Hall RCW. Mayo Clin Proc 2007;82:457-471; Cantor JM & McPhail IV. Curr Sex Health Rep 2016;8:1-8

PfOL©2017

Características y Justificación de la Pedofilia por los Perpetradores



- La actividad de los pedófilos puede limitarse a observar niños desnudos, exposicionismo o masturbación en presencia de los niños.
- O acariciar "gentilmente" los genitales de los niños, hacerles felatio o cunnilingus o penetrar la vagina, el ano o la boca de los niños con sus dedos u objetos o el pene, con diversos niveles de coerción.
- Estas actividades se justifican con racionalizaciones como un supuesto valor educativo para el niño, o la provisión de placer para él/ella, o que el niño se muestra sexualmente activo/attractivo.
- Contrario a lo pensado, la violencia rara vez es usada.

Hall RC & Hall RCW. Mayo Clin Proc 2007;82:457-471 ; Cohen LJ & Galynker II. J Psychiatr Pract 2002;8:276-289

PfOL©2017

Pero NUNCA, las Causas de la Pedofilia deben Buscarse en las Víctimas



<http://www.utadeo.edu.co>
Sep 22, 2013

Exámenes médico legales por presunto delito sexual. Colombia, 2016

Instituto Nacional de Medicina Legal. Forensis 2016

PfOL©2017

Epidemiología de la Pedofilia



- La prevalencia de interés pedofílico es de 1-5% en la población general. Casi el 90% de los pedófilos son hombres.
- El número de víctimas promedio de un pedófilo extrafamiliar es de 150 en aquellos atraídos por niños varones y de 20 en los atraídos por niñas.
- En caso de pedofilia intrafamiliar la media es de 2 a 5 casos sin diferencia por el sexo de la víctima.
- El encarcelamiento puede detener al pedófilo en sus actos sexuales contra los niños pero NO cambia el interés del pedófilo ni su orientación sexual.

Hall RC & Hall RCW. Mayo Clin Proc 2007;82:457-471; Cohen LJ et al. Psychiatr Q 2002;73:313-336

PfOL©2017

Epidemiología de la Pedofilia



- 15% de los pedófilos que abandonan la prisión son reencarcelados por una nueva agresión sexual en el plazo de 2 años.¹
- Los pedófilos tratados tenían menos reincidencias que los no tratados, tanto a los 2 años (5.5 y 12,5%, respectivamente) como a los 4 años de seguimiento (25 y 64%, respectivamente).²
- Tres meta-análisis muestran que la tasa de reincidencia aumentó del 15% a los 5 años al 27% a los 20 años de seguimiento. Los pedófilos atraídos por los niños varones son más propensos a reincidir (35% a los 15 años) en comparación con los que se sienten atraídos por las niñas (16% a los 15 años).³⁻⁵

1. Beech A et al. Sex Abuse J Res Treatment 2002;14:155-168; 2. Marshall WL & Barbaree HE. In: Handbook of sexual assault: issues, theories and treatment of the offenders. 1990:363-385; 3. Craig LA et al. Child Abuse Negl 2008;32:121-138; 4. Hanson RK & Morton-Bourgon KE. J Consult Clin Psychol 2005;73:1154-1163; 5. Hanson RK et al. Ann NY Acad Sci 2003;989:154-166

PFOL©2017

Factores de riesgo para Pedofilia




- Comportamiento antisocial¹
- Trastornos adictivos y trastornos psiquiátricos comórbidos¹
- Delitos sexuales previos (especialmente violaciones) o no sexuales (especialmente aquellos con violencia)²
- Edad temprana de inicio³
- Antecedentes de abuso sexual o violencia física durante la niñez del pedófilo (28 a 93% vs. 15% en controles)^{4,5}
- Discapacidad intelectual¹
- Trauma craneo encefálico antes de los 6 años de edad⁶

1. Thibaut F et al. World J Biol Psychiatry 2010; 11: 604-655; 2. Hall RC & Hall RCW. Mayo Clin Proc 2007;82:457-47; 3. Barbaree HE et al. Ann NY Acad Sci 2003;989:56-71; 4. Hanson RK & Bussiere MT. J Consult Clin Psychol 1998;66:348-362; 5. Hall RC & Hall RCW. Mayo Clin Proc 2007;82:457-471; 6. Blanchard R et al. Arch Sex Behav 2002;31:511-526

PFOL©2017

Características Clínicas de Pedófilos vs Controles




	P+ASM (N= 58)	P-ASM (N= 60)	C (N= 101)	Diferencias
En una relación (n, %)	16 (28)	19 (32)	34 (34)	-
Nivel educativo: Ninguno – bajo	20 (35)***	3 (5)	7 (7)	P+ASM > P-ASM y C
Alto	15 (26)***	37 (61)	68 (67)	P+ASM < P-ASM y C
Desempleo (n, %)	17 (30)**	14 (24)**	10 (10)	P+ASM y P-ASM > C
Puntaje WAIS IV	39.8	44.2	43.0	-
Diagnóstico psiquiátrico adicional	40 (70)***	35 (58)***	31 (31)	P+ASM y P-ASM > C
Trastorno por uso de alcohol	12 (24) **	6 (10)	6 (6)	P+ASM > P-ASM y C
Trastorno de personalidad	23 (41)***	22 (37)***	2 (2)	P+ASM y P-ASM > C
Uso de pornografía con menores	44 (73)	41 (68)	0 (0)	P+ASM y P-ASM > C
2D :4D (mano derecha)	0.96 (0.04)**	0.97 (0.04)	0.99 (0.05)	P+ASM < C
Escala de excitación sexual (SES)	51.7 (8.6)	54.9 (7.8)**	50.4 (9.1)	P-ASM > C
Inhibición sexual por desempeño	31.2 (4.8)**	31.3 (5.8)**	28.5 (5.7)	P+ASM y P-ASM > C
Impulsividad (BIS)	65.2 (9.6)*	62.8 (7.8)	61.3 (8.5)	P+ASM > C

*P<0.05; **P<0.01; ***P<0.001

Schiffer B et al. Translational Psychiatry 2017;7:e1129

PFOL©2017

Comorbilidades Psiquiátricas de los Pedófilos



- Trastornos por uso de sustancias: prevalencia del 8 al 85% ¹⁻³
- Trastornos de personalidad: 33 a 52% (principalmente personalidad antisocial) ¹⁻³
- Trastornos depresivos: 3 al 95% ¹⁻³
- Trastornos de ansiedad: 3 al 64% ¹⁻³
- TDAH: 36% ¹⁻³
- Trastornos alimentarios: 10% ¹⁻³
- Trastornos en el control de impulsos: 30 a 55% ⁴

1. Dunsieath Net al. J Clin Psychiatry 2004;65:293-300; 2. Kafka MP & Prentky R. J Clin Psychiatry 1998;59:388-396; 3. Raymond N et al. Am J Psychiatry 1999;156:786-788; 4. Hall RC & Hall RCW. Mayo Clin Proc 2007;82:457-471

PFOL©2017



Orígenes Neurobiológicos de la Pedofilia

- 1 Consecuencias Psiquiátricas del Abuso Sexual en la Niñez
- 2 Impacto Neurobiológico del Abuso Sexual en la Niñez
- 3 Características y Epidemiología de la Pedofilia
- 5 Tratamiento de los Sujetos con Pedofilia

Alteraciones del Neurodesarrollo en P+ASM



- Factores psicológicos, del desarrollo, medioambientales, genéticos y cerebrales como parte de un cuadro multifactorial.¹
- Alteraciones generales del neurodesarrollo en P+ASM:²
 - Deterioro de la velocidad general de procesamiento, menor CI general y mayor prevalencia de zurdera (perturbación de la lateralización cerebral).
 - Mayor tamaño del segundo dígito vs. cuarto dígito (2D>4D) que indican una menor exposición a los andrógenos prenatales (controvertido por estudio reciente³).

1. Hall RC & Hall RCW. Mayo Clin Proc 2007;82:457-471; 2. Blanchard R et al. In: The Juvenile Sex Offender. Guilford Press: New York, NY, USA, 2008, pp 77-105; 3. Schiffer B et al. Translational Psychiatry 2017;7:e1129

Alteraciones del Neurodesarrollo en P+ASM



- Reducción de la flexibilidad cognitiva y disminución de las habilidades de control inhibitorio en P+ASM (alteraciones del lóbulo frontal).¹
- Las lesiones en el lóbulo temporal se han relacionado con la agresión sexual a menores en hombres previamente sanos.²
- Otras patologías asociadas con pedofilia: epilepsia lóbulo temporal, lesiones del lóbulo frontal y esclerosis múltiple.³

1. Joyal CC, et al. Sex Abuse J Res Treat 2007; 19: 155-173; 2. Mohnke S et al. Prog Neurobiol 2014; 122: 1-23; 3. Bradford JMW. Can J Psychiatry 2001;46:26-34

PFOL©2017

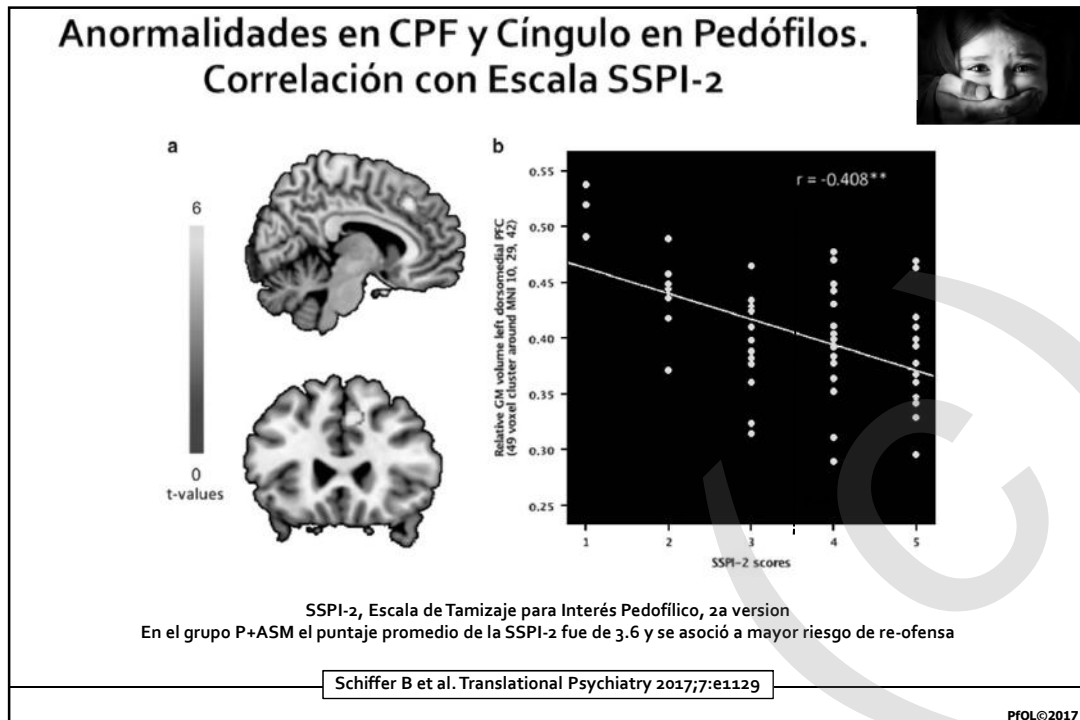
Etiología de la Pedofilia



- Sustancias involucradas:
 - Testosterona: andrógeno producido en los testículos que define las características sexuales masculinas y regula el comportamiento sexual (deseo, fantasías, erecciones,) agresividad y personalidad.¹
 - Hormona luteinizante (LH): estimula la producción de testosterona y está aumentada en pedófilos (disfunción hipotálamo-hipófiso-gonadal).²
 - Serotonina: puede inhibir la actividad sexual y deteriorar la calidad del orgasmo y la eyaculación. La pedofilia puede asociarse a mayores concentraciones plasmáticas de serotonina.³

1. Rubinow DR & Schmidt PJ. Am J Psychiatry 1996;153:974-984; 2. Gaffney GR & Berlin FS. Br J Psychiatry 1984;145:657-660; 3. Maes M et al. Psychiatry Res 2001;103:43-49

PFOL©2017



5 Tratamiento de los Sujetos con Pedofilia

- 1 Consecuencias Psiquiátricas del Abuso Sexual en la Niñez
- 2 Impacto Neurobiológico del Abuso Sexual en la Niñez
- 3 Orígenes Neurobiológicos de la Pedofilia
- 4 Características y Epidemiología de la Pedofilia

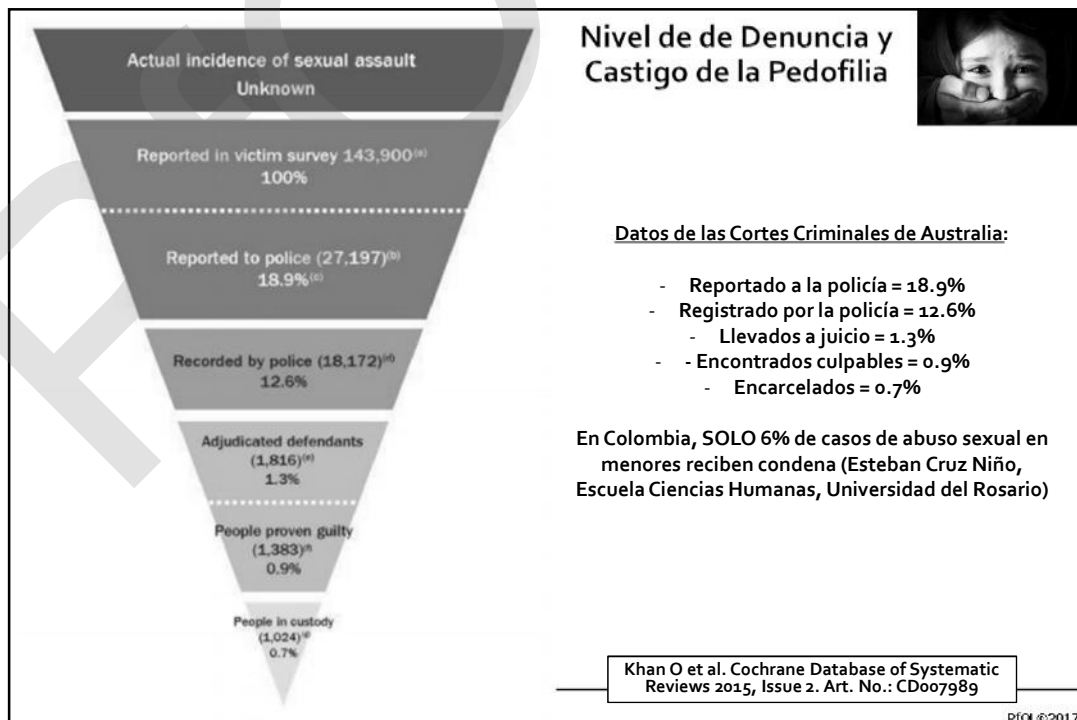
La Violencia/Abuso Sexual se Puede Prevenir con Educación a los Niños y Adolescentes?



- Los programas de prevención de abuso sexual aumentan el conocimiento de los niños en conceptos sobre abuso sexual y estrategias de protección, pero no se conoce su utilidad para prevenir el abuso per se.¹
- Dado que la obtención de información al respecto puede generar ansiedad y evitación en los niños, se aboga más hoy en día en crear ambientes seguros como la educación de padres.¹
- Las NU consideran que el programa THRIVES es esencial en la prevención de la violencia sexual contra niños (entrenamiento de padres, mejoría de condiciones económicas, protección legislativa, mejoría de servicios en salud mental, fortalecimiento de normas y valores enfocados en la protección del niño, educación y estrategias de vida y seguimiento).²

1. Rudolph J, Zimmer-Gembeck MJ. Trauma Violence Abuse 2016 Oct 26; 2. Hills S et al. J Public Health Policy 2016;37 Suppl 1:51-65

PFOL©2017



PFOL©2017

Penas por Agresión Sexual a Menores de Edad en el Mundo

En Colombia, la ley 599 del 2000 (artículos 213 a 219) y ley 1336 del 2009, reglamentan sobre el estímulo a la prostitución y pornografía con menores de edad [18 años] (prisión de 10 a 20 años).

PFOL©2017

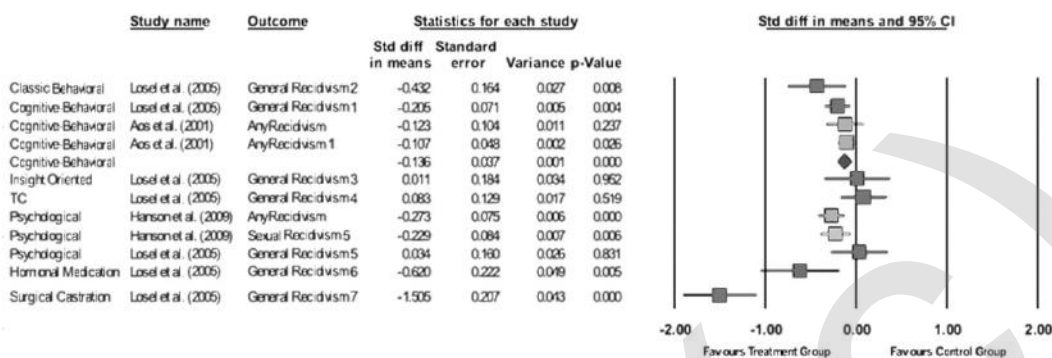
Historia del Manejo Médico de las Parafilias

- En 1982 la castración quirúrgica fue usada por primera vez con fines terapéuticos en Suiza en un paciente con "imbecilidad" e hipersexualidad.
- Luego fue adoptada para el tratamiento de agresores sexuales en EEUU y varios países Europeos donde su práctica se justificaba por la marcada reducción en la reincidencia de actos agresivos sexuales.
- La práctica decayó en los 70s pero aún se practica en casos especiales en Alemania y EEUU.
- En los 40s, se inició el uso de estrógenos (efectos feminizantes) siendo remplazados luego por la ciproterona (CTA) en Europa y la medroxiprogesterona (MPA) en EEUU.
- En los 90s se despertó un gran interés por el uso de agonistas de hormonas liberadoras de gonadotropinas (HLG).

Thibaut F et al. World J Biol Psychiatry 2010; 11: 604-655

PFOL©2017

Meta-Análisis Sobre Eficacia el Tratamiento de las Agresiones Sexuales



El efecto más débil se encontró en el tratamiento orientado a la introspección ($d = 0.01$), seguido por el la TCC ($d = -0.14$) y el tratamiento psicológico en general ($d = -0.15$). El tamaño del efecto más fuerte se encontró en cirugía de castración ($d = -1.51$) y medicación hormonal ($d = -0.62$).

Kim B et al. Trauma Violence Abuse 2016;17:105-17

PfOL©2017

Tratamiento Psicológico de la Pedofilia



- Algunos datos sugieren que el tratamiento psicológico es considerado aceptable por dos tercios de los delincuentes, mientras el tratamiento farmacológico sólo por un tercio.¹
- Encuesta en Alemania: de 611 delincuentes sexuales, "casi todos fueron tratados psicoterapéuticamente y el 37% estaban recibiendo un tratamiento farmacológico adicional". De estos últimos, el 15,7% fueron tratados con medicamentos para disminuir la testosterona (10,6% con un agonista de HLG y 5,1% con CPA); 11,5% con ISRS y 9,8% con medicamentos antipsicóticos.²

1. Nagayama-Hall GC. J Consult Clin Psychol 1995;63:802-9; 2. Turner D et al. J Sex Med 2013;10:570-8

PfOL©2017

Tratamiento Psicológico de la Pedofilia



- **Intervenciones comportamentales:**
 - Incluyen la terapia de aversión (exposición a material desviado por un estímulo aversivo); Sensibilización encubierta (imaginación de experiencia sexual hasta la excitación y luego imaginar experiencias negativas); Condicionamiento olfativo (un olor desagradable se combina con imágenes o descripciones de delitos sexuales); y masturbación / reacondicionamiento orgásmico.
- **Intervenciones cognitivo-conductuales (TCC):**
 - Intentar modificar las percepciones erróneas de los infractores, las creencias irracionales y los sesgos de razonamiento asociados con sus deseos sexuales desviados, promoviendo alternativas. También facilita el desarrollo de habilidades de autogestión que reconocen señales sociales y comportamientos maladaptativos.

Dennis JA et al. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 12. Art. No.: CD007507

PROL©2017

Tratamiento Psicológico de la Pedofilia



- Los tratamientos para delinquentes sexuales adultos producen una reducción general de sólo un 5% en la reincidencia pero, en adolescentes la reincidencia puede reducirse en un 24%. Los tamaños de efectos para terapias psicológicas en general son muy bajos en varios meta-análisis ($d = -0.15$).¹
- Una revisión sistemática de Cochrane concluye que hay pocos estudios aleatorios a considerar en el manejo psicológico de sujetos con pedofilia u otras desviaciones sexuales, y los que se podían incluir son tan heterogéneos que el análisis comparativo es muy limitado.²

1. Kim B et al. Trauma Violence Abuse 2016;17:105-17;2. Dennis JA et al. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 12. Art. No.: CD007507

PROL©2017

Bases Éticas del Tratamiento Farmacológico de las Parafilias (Pedofilia)



- Desde un punto de vista ético, los pacientes pueden ser sujetos de tratamiento hormonal solo bajo las siguientes condiciones (Belgian Advisory Committee on Bioethics 2006 & Council of Europe 2004):
 - El sujeto representa un serio riesgo para la integridad física o moral de otras personas
 - El diagnóstico debe ser hecho por un psiquiatra cualificado
 - Se debe obtener el consentimiento del paciente con la ayuda de un endocrinólogo, si es necesario
 - Debe apuntar al control de síntomas específicos
 - Se debe considerar primero los tratamientos menos intrusivos
 - El tratamiento debe ser revisado con regularidad

www.health.fgov.be/bioeth

PFOL©2017

Tratamiento Farmacológico de la Pedofilia



- Los ISRS a dosis altas disminuyen la liberación de dopamina. Reducen la libido y retrasan el orgasmo en un 60% a 70% de los pacientes
- Los antipsicóticos aumentan la prolactina y disminuyen dopamina
- La MPA es un progestágeno que aumenta la actividad de la testosterona reductasa en el hígado → disminuye niveles de testosterona y bloquea secreción de hormonas sexuales (FSH y LH). Se administra por vía oral o IM.
- Los análogos de la HLG sobre-estimulan el hipotálamo llevando a un bloqueo progresivo en la secreción de la HLG y por ende de testosterona a niveles de castración. Se administra por vía IM (acción prolongada).

Bradford JMW. Can J Psychiatry 2001;46:26-34; Khan O et al. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 2. Art. No.: CD007989

PFOL©2017

Riesgos Estimados de la Terapia por Deprivación Hormonal en Hombres

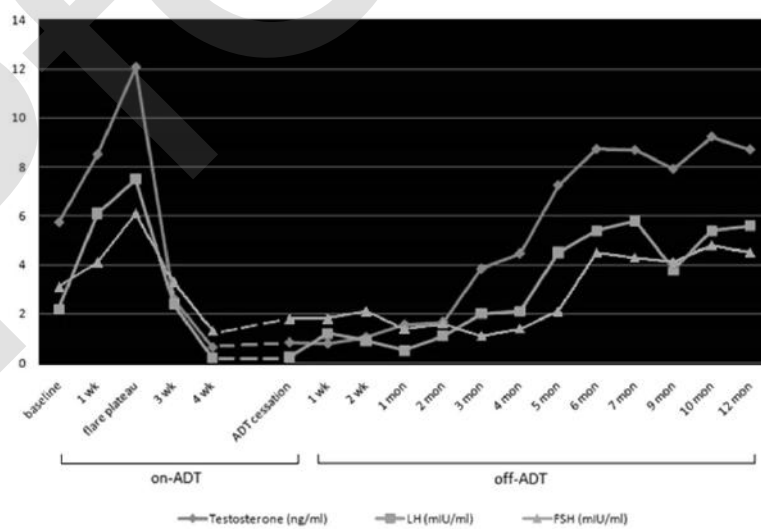


Efectos adversos	Duración de la deprivación	Porcentaje de cambio o Riesgo de Daño (HR)
Densidad mineral ósea	6 meses 12 meses	3.5% 4.9% y 6.8%
Cualquier fractura	5 años	1.45 (1.36 - 1.56)
Peso y índice de masa corporal	6 meses 11 meses	0.8% 2.4%
Nivel de colesterol total	6 meses 11 meses	6.1% 9.0%
Incidencia de diabetes	4.6 años	1.44 (1.34 - 1.55)
Incidencia de enfermedad coronaria	4.6 años	1.16 (1.10 - 1.21)
Incidencia infarto miocardio	4.6 años	1.11 (1.01 - 1.21)
Depresión (u otro trastorno afectivo)	4.3 años	1.08 (1.02 - 1.15)
Síntomas constitucionales (fatiga, malestar, Anorexia, aumento de peso anormal, debilidad)	4.3 años	1.17 (1.13 - 1.22)

Giltay EJ et al. J Am Acad Psychiatry Law 2009;37:53-8

PROL©2017

Niveles de Hormonas Gonadotrópicas Luego de Suspender Castración Química



Koo KC et al. J Sex Med 2014;11:1316-1324

PROL©2017

Eficacia en Prevención de Reincidencias y Disminución de Excitabilidad Sexual con Farmacoterapia



- **Prevención de recaídas:**
 - La CPA hasta por 13 meses parece reducir la excitación fisiológica, pero los datos de recaídas no parecen haber sido registrados formalmente.
 - La MPA (IM) parece ser eficaz, sin reportes de recaídas tras 2 años de seguimiento. Los resultados por VO son desalentadores.
- **Capacidad fisiológica para la excitación sexual:**
 - CPA fue más eficaz que placebo en la disminución de la capacidad de excitación, número de orgasmos y niveles hormonales (testosterona, FSH y LH).

Khan O et al. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 2. Art. No.: CD007989

PROL©2017

Eficacia en Prevención de de Fantasías Sexuales (Obsesiones) con Farmacoterapia



- **Reducción de anomalías u obsesiones sexuales:**
 - La CPA hasta por 13 meses parece reducir la excitación fisiológica.
 - La CPA no alteró significativamente el comportamiento sexual
 - La MPA IM redujo las "urgencias anómalas sexuales" (frecuencia de pensamientos y fantasías sexuales) en un 70% en el primer mes y 75% al año.
 - Los antipsicóticos fueron ineficaces en la reducción de la libido.
 - No hay datos con ISRS

Khan O et al. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 2. Art. No.: CD007989

PROL©2017

Algoritmo de Tratamiento de la Pedofilia - WFSBP



- **NIVEL 1**
 - **Objetivo:** control de las fantasías sexuales, compulsiones y comportamientos parafilicos SIN impacto en la actividad sexual normal
 - Psicoterapia, preferiblemente terapia cognitivo conductual
- **NIVEL 2**
 - **Objetivo:** control de las fantasías sexuales, compulsiones y comportamientos parafilicos con mínimo impacto en la actividad sexual normal. Casos "leves" con bajo riesgo de violencia sexual
 - ISRS con dosis altas similares a las usadas en TOC

Thibaut F et al. World J Biol Psychiatry 2010;11:604-655

PfOL©2017

Algoritmo de Tratamiento de la Pedofilia



- **NIVEL 3**
 - **Objetivo:** control de las fantasías sexuales, compulsiones y comportamientos parafilicos con moderado impacto en la actividad sexual normal
 - Caricias pero sin penetración y sin sadismo sexual
 - Añadir un antiandrógeno de dosis baja (CPA 50-100 mg/día) a los ISRS

Thibaut F et al. World J Biol Psychiatry 2010;11:604-655

PfOL©2017

Algoritmo de Tratamiento de la Pedofilia



▪ NIVEL 4

- **Objetivo:** control de las fantasías sexuales, compulsiones y comportamientos parafilicos con sustancial reducción en la actividad sexual normal
- **Riesgo moderado** de violencia sexual
- **Primera opción:** dosis completa CPA: Oral, 200-300 mg/día o 200-400 mg IM una vez por semana o cada 2 semanas
- **O usar MPA:** 50-300 mg/día si CPA no está disponible
- **Si hay concurrencia** con ansiedad, depresión o TOC, los ISRS se pueden asociar al CPA

Thibaut F et al. World J Biol Psychiatry 2010;11:604-655

PfOL©2017

Algoritmo de Tratamiento de la Pedofilia



▪ NIVEL 5

- **Objetivo:** control de las fantasías sexuales, compulsiones y comportamientos parafilicos con casi completa reducción en la actividad sexual normal
- **Riesgo alto** de violencia sexual y parafilias severas
- **Agonistas de HLG** de acción prolongada (triptorelina o leuprolida 3 mg/mes o 11,25 mg IM cada 3 meses, respectivamente)
- **Medir niveles** de testosterona para comprobar adherencia al tratamiento
- **Se puede asociar CTA** al agonista de la HLG una semana antes y durante el primer mes para prevenir un efecto de llamarada

Thibaut F et al. World J Biol Psychiatry 2010;11:604-655

PfOL©2017

Algoritmo de Tratamiento de la Pedofilia



- **NIVEL 6**
 - **Objetivo:** control de las fantasías sexuales, compulsiones y comportamientos parafilicos con completa reducción en la actividad sexual normal
 - Las parafilias más severas (casos catastróficos)
 - CTA 50-200 mg/día por vía oral o 200-400 mg una vez por semana o cada 2 semanas IM o MPA 300-500 mg/semana IM junto con agonistas de la HLG. También se pueden agregar ISRS

Thibaut F et al. World J Biol Psychiatry 2010;11:604-655

PFOL©2017

Conclusiones



- Algunos estados en los EE.UU. aplican la detención preventiva para los delincuentes sexuales que se cree que están en alto riesgo de reincidencia sexual en el futuro.
- En el Reino Unido parafilias son ahora trastornos mentales, lo que permite su tratamiento involuntario si se cumplen determinadas condiciones.
- Sin embargo, los datos científicos no proporcionan ninguna evidencia para la reducción de la reincidencia de agresión sexual en los pedófilos, especialmente los pederastas, luego de tratamiento psicológico. Y la evidencia es limitada en el caso del farmacológico.
- Las únicas intervenciones que han demostrado reducir las reincidencias son la castración quirúrgica y la reclusión. La primera es controversial y la segunda debería ser perpetua porque el paso de los años no altera los hábitos comportamentales del pedófilo. En Colombia hay tráfico de menores en las cárceles
- Los derechos de los niños prevalecen sobre los derechos de los demás! (Constitución Política de Colombia. Artículo 44)

PFOL©2017

