

Castración química, última opción en pacientes pedófilos y pederastas, considerando su autonomía y dignidad

Chemical castration, last option in pedophile and pedophile patients, considering their autonomy and dignity

Castração química, última opção em pacientes pedófilos e pedófilos, considerando sua autonomia e dignidade

Sandra Mayerly Méndez Bejarano*

Centro de Expertos para la Atención en Salud Integral - CEPAIN

Resumen

La castración química surge como una posibilidad para el manejo de la pedofilia y la pederastia. Consiste en un tratamiento médico hormonal reversible aplicado —en muchos casos— para disminuir los niveles de testosterona, la libido y, por ende, la actividad sexual, y como resultado final, reducir las agresiones sexuales de alta incidencia en Colombia y en el mundo. Esta intervención médica ha sido utilizada en distintos países desde la década de los sesenta y, actualmente, el Congreso de la República de Colombia pretende promulgar una ley para contener la violencia sexual en niños y adolescentes.

La aplicación de la castración química, siendo un procedimiento con efectividad cuestionable y con efectos secundarios importantes, genera dilemas éticos, clínicos y sociales, acerca de la autonomía y la dignidad del pedófilo y del pederasta. Por tal razón, en este estudio de caso se utiliza la metodología de Diego Gracia, pertinente para resolver este tipo de planteamientos complejos y hallar otras alternativas para el tratamiento de dichas enfermedades.

Palabras clave: castración química, pedofilia, pederastia, autonomía, dignidad, cognitivo-conductual.

Abstract

Chemical castration emerges as a possibility for the handling of pedophilia and pedophilia. It consists of a reversible hormonal medical treatment applied — in many cases — to decrease the levels of testosterone, libido and, therefore, sexual activity, and as a final result, to reduce the sexual aggressions of high incidence in Colombia and in the world. This medical intervention has been used in different countries since the 1960s and, currently, the Congress of the Republic of Colombia intends to enact a law to contain sexual violence in children and adolescents.

* Médico de la Fundación Universitaria San Martín en Bogotá. Máster sobre Infección por el VIH de la Universidad Rey Juan Carlos de España. Máster en Bioética de la Universidad El Bosque en Bogotá. Verificadora en Habilitación de prestadores de servicios de Salud de la Universidad El Bosque en Bogotá. Correo de contacto: mayomania77@hotmail.com. Manuscrito recibido: 13.04.2019; manuscrito aceptado: 11.07.2019.

The application of chemical castration being a procedure with questionable effectiveness and with important side effects, generates ethical, clinical and social dilemmas, about the autonomy and dignity of the pedophile and the pedophile. For this reason, in this case study the methodology of Diego Gracia is used, relevant to solve this type of complex approaches and find other alternatives for the management of such diseases.

Keywords: chemical castration, pedophilia, pedophilia, autonomy, dignity, Cognitive-behavioral.

Resumo

A castração química surge como uma possibilidade para o manejo da pedofilia e da pedofilia. É constituída por um tratamento médico hormonal reversível aplicado em muitos casos, para diminuir os níveis de testosterona, da libido e da actividade sexual, portanto, e como resultado final, reduzir a incidência elevada de abuso sexual em Colômbia e o mundo. Esta intervenção médica tem sido usada em diferentes países desde a década de 1960 e, atualmente, o Congresso da República da Colômbia pretende promulgar uma lei para conter a violência sexual em crianças e adolescentes.

A aplicação de castração química pode ser um processo com eficácia questionável e efeitos colaterais significativos, gera dilemas éticos, clínicos e sociais, sobre a autonomia e dignidade do pedfilo e pederast. Por esta razão, neste estudo de caso, a metodologia de Diego Gracia é utilizada, relevante para resolver este tipo de abordagens complexas e encontrar outras alternativas para o manejo dessas doenças.

Palavras-chave: castração química, pedofilia, pedofilia, autonomia, dignidade, Comportamental-cognitivo.

INTRODUCCIÓN

Desde la década de los sesenta, la castración química se ha utilizado como tratamiento para controlar la pedofilia y la pederastia. Sin embargo, este procedimiento médico, aunque reversible y ambulatorio, tiene una efectividad cuestionable y puede causar efectos secundarios relevantes para el paciente. Dada la urgencia de las víctimas, del gremio de la salud y de la sociedad en solucionar este problema, así como la necesidad de investigar si la prescripción o aplicación de este método es idónea, en este estudio de caso se emplea la metodología de Diego Gracia, por medio de la cual se pretende revisar, reflexionar y aclarar la verdadera utilidad de la castración química en el manejo de las enfermedades mencionadas, teniendo en cuenta la autonomía y la dignidad del paciente, el proceder médico, el interés superior del niño y el bien común. Así, la pregunta de investigación en este estudio de caso, a propósito de un caso de pedofilia y con miras a utilizar un tratamiento para controlarla, es ¿cómo tomar la mejor decisión,

desde el punto de vista bioético, considerando la autonomía y la dignidad del paciente y bajo la metodología propuesta por Diego Gracia?

Es importante entender que estas enfermedades —pedofilia y pederastia— son de difícil manejo, ya que no hay investigaciones científicas que concluyan que la castración química es la cura definitiva. Estas patologías tienen alta incidencia y afectación social en Colombia y en el mundo. El Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses reportó, durante el período de enero a noviembre de 2018, la realización de 24 532 exámenes forenses por posibles casos de violencia sexual en menores. Todo este contexto las convierte en un problema de salud pública y, por tanto, el Congreso de la República proyecta la implementación de la castración química como sanción punitiva para estos tipos penales, pero realmente se deberían plantear serios interrogantes debido a la efectividad del tratamiento, porque se generalizan y unifican los casos y por los vacíos en la implementación del mismo.

Los niños, los adolescentes y las mujeres son la población más vulnerable y afectada por la pedofilia y la pederastia. Las secuelas —físicas y psicológicas— de estas experiencias son permanentes —un 64% de las niñas agredidas sexualmente padecen trastornos psiquiátricos—. Esta situación debe ser valorada de manera rigurosa para encontrar otras opciones de tratamiento que tengan una mejor y mayor efectividad con efectos secundarios mínimos, que respeten la autonomía y la dignidad del paciente, y garanticen el interés superior del niño y el bien común.

1. METODOLOGÍA

Este estudio de análisis de caso se realizó bajo la metodología propuesta por Diego Gracia, que investiga problemas éticos que surgen de la atención médica. Tal procedimiento permite la toma racional y adecuada de decisiones con rigurosidad en su aplicación. La metodología de Gracia es una herramienta que complementa la historia clínica de los pacientes para la resolución de los problemas morales que plantean.

Por consiguiente, se hizo una revisión bibliográfica buscando artículos especializados sobre temas y términos relacionados con bioética, autonomía, dignidad, interés superior del niño, castración química, castración quirúrgica, pedofilia, pederastia. También se analizó la normatividad de la legislación colombiana. Asimismo, como herramientas para el estudio de caso que se trae a colación, se utilizaron diversas bases de datos como *PubMed*, *SciELO*, *Google*, *Cochrane*.

2. MARCO CONCEPTUAL

Definición de la castración química

La castración química es un procedimiento médico reversible y temporal, que utiliza sustancias

hormonales como el acetato de medroxiprogesterona, cuyo efecto antiandrogénico disminuye los niveles de testosterona, inhibe la libido y, así, controla los impulsos sexuales. Se puede pensar que este es un tipo de esterilización en pacientes con enfermedades como la pedofilia y la pederastia, y que surge como una posible opción para controlarlas (De Sousa y Fleury, 2014).

La importancia del uso de la castración química como tratamiento para estas enfermedades radica en los altos índices de ocurrencia y reincidencia de la violencia sexual contra niños y adolescentes en el mundo (De Sousa y Fleury, 2014). Si bien estos delitos sexuales provocan un reproche social generalizado (Mena, 2009), es necesario saber que este procedimiento genera en el paciente efectos secundarios importantes con afectación física y mental (De Sousa y Fleury, 2014). Por tal razón, la Asociación Americana de Psiquiatría recomienda un acompañamiento psicológico para el paciente castrado, con miras a reducir su vulnerabilidad (De Sousa y Fleury, 2014).

La definición de castración química genera controversias para algunos autores, entre los que se encuentra Echeburúa (2009), quien considera que la *Castración química* es un término mal utilizado, pues su uso debe ser exclusivamente médico, para casos muy puntuales, poco frecuentes, por un tiempo muy corto, para hacer referencia a la activación sexual elevada con falta de control de los impulsos, y nunca como pena. Este procedimiento no sirve en agresores sexuales que presentan conductas violentas, consumo abusivo de alcohol o de drogas o trastornos de personalidad psicópata (pp. 17-18).

Para Mena (2009), la castración química es una desafortunada expresión, que no es ni pena ni castración ni química, sino que debe ser siempre un tratamiento voluntario y desistible, por lo tanto, no se debe considerar como pena, ya que no está orientada a producir una mayor severidad (p. 39).

La castración química tiene que dejar de llamarse así por ser un término inexacto, exagerado. Supone, por lo general, la mutilación física de los órganos sexuales masculinos que resulta inútil e insuficiente para contener a un agresor sexual que, además, es violento; en esos casos, el problema residual es el de la violencia incontenible o no contenida, más no el impulso sexual que queda contenido con la castración química. Este manejo puede ser contraproducente en dichas circunstancias, debido a que la violencia se expresaría en otras conductas violentas como el homicidio (García, 2009).

La castración química solo puede aplicarse con el consentimiento informado, respetando la autonomía del agresor, pues la intervención directa sobre la salud física y emocional de manera coactiva atenta contra la dignidad humana (García, 2009).

Efectividad de la castración química en el manejo de la pedofilia y la pederastia

Los estudios sobre la castración química para el manejo de la pedofilia o de la pederastia no tienen cifras sólidas y son criticados por presentar limitaciones metodológicas, tales como la falta de un grupo de control poblacional equivalente o no equivalente para su estudio, es decir, un grupo poblacional castrado y otro no castrado; la inadecuada asignación de los participantes no aleatorios o tamaños de muestra poblacional pequeños (Douglas et al., 2013).

Losel y Schmucker hicieron el meta-análisis más riguroso sobre reincidencia de violencia sexual y castración que se ha hecho hasta hoy, y encontraron que los delincuentes tratados presentaron un 37% menos de reincidencia. Sin embargo, incluyeron la castración química y física en un mismo grupo, por lo que su estudio no arroja luces sobre la efectividad comparativa de estos métodos. También encontraron que los

tratamientos quirúrgicos y hormonales eran más eficaces que las intervenciones psicosociales (McMillan, 2014).

Medicamentos utilizados en la castración química

Son diversos los medicamentos con efecto antiandrogénico usados en la castración química, estos disminuyen los niveles de la testosterona reduciendo el impulso sexual, entre los cuales se incluyen: derivados estrogénicos, anti andrógenos esteroideos y no esteroideos, análogos LH-RH y antagonistas LH-RH (Arroyo et al., 2012).

Desde la década de los sesenta, en la mayoría de jurisdicciones, se reemplazó la castración quirúrgica por la castración química para los agresores sexuales, a quienes generalmente les administran acetato de medroxiprogesterona (MPA) o acetato de ciproterona (CPA). El MPA es el más utilizado en los Estados Unidos y el CPA en Europa, Medio Oriente y Canadá (Douglas et al., 2013).

El CPA no ha sido aprobado por la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos (FDA), puesto que puede inducir carcinoma de células hepáticas en animales. Por su parte, el MPA —administración en depósito con liberación sostenida— no es utilizado en Europa por la gravedad de sus efectos secundarios, entre los que se encuentran la andropausia, inestabilidad del estado de ánimo grave con depresión clínica, aumento de peso, insomnio, sofocos, diabetes, feminización, dolores de cabeza por migraña y desmineralización ósea (Douglas et al., 2013).

Pedofilia o paidofilia

La pedofilia, se reitera, es una enfermedad de origen psiquiátrico y de difícil manejo. Se define como la preferencia erótica o sexual por niños y adolescentes de ambos géneros, con una diferencia de edad mínima de 6 años entre el

enfermo y la víctima (De Sousa y Fleury, 2014). A pesar de ser reconocida como una enfermedad, en muchas ocasiones puede convertirse en una actividad criminal, por lo cual, debe intervenir por el alto impacto que genera en la sociedad, en las víctimas, en sus familiares y en el mismo pedófilo (De Sousa y Fleury, 2014).

El diagnóstico clínico de pedofilia, según la quinta edición del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM - V), se efectúa cuando se presentan —durante un período mayor a seis meses— fantasías sexuales recurrentes y excitantes, e impulsos o comportamientos sexuales ligados a niños (Herrero y Negredo, 2016), dado que estos provocan un malestar clínicamente significativo o un deterioro social o laboral en el paciente (Jiménez, 2016). Si bien en Occidente este comportamiento está mal visto y puede tener consecuencias legales, es aceptado en culturas como la gitana, algunos países musulmanes, y ciertas regiones de México y Suramérica (Jiménez, 2016).

El interés sexual en menores no siempre conlleva a abuso sexual (Herrero y Negredo, 2016).

Muchos pacientes que presentan pedofilia o pederastia pueden tener pensamientos contradictorios, quieren evitar estas fantasías y pueden presentar culpa y placer a la vez (Jiménez, 2016).

En la pedofilia y la pederastia, la mayoría de las víctimas son mujeres y los agresores son hombres. Estas conductas violentas tienen varias causas como, por ejemplo, un mayor impulso sexual masculino —en parte por aumento de la testosterona en sangre—, un mayor componente agresivo de los hombres, una mayor indefinición de la identidad sexual masculina y, por último, las expectativas del comportamiento sexual del hombre (Echeburúa, 2009).

Dentro de los actos sexuales incluidos en la pedofilia se encuentran el exhibicionismo y el voyerismo, las caricias, el roce de los genitales contra niños, la masturbación en presencia de estos, sexo oral y penetración anal o vaginal (Becerra, 2009).

Entre los factores que pueden explicar la pedofilia está la existencia del abuso sexual en la infancia del agresor, predisponente y conocida como el *ciclo víctima abusador* (Becerra, 2009). El desarrollo del sistema nervioso central es importante para la formación de la conducta sexual, la alteración de este proceso puede producir trastornos en el neurodesarrollo que se pueden manifestar como trastornos neuropsiquiátricos (Becerra, 2009).

Pederastia

La pederastia es también una enfermedad de origen psiquiátrico y de difícil manejo en razón a la preferencia erótica o sexual por niños y adolescentes, pero a diferencia de la pedofilia, en estos casos, existe la comisión del abuso sexual real (Herrero y Negredo, 2016) considerado como una conducta delictiva (Francesse, 2011).

Abuso sexual infantil (ASI)

Franco y Ramírez (2015) definen abuso sexual infantil según lo propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como:

El abuso sexual infantil (ASI) se define como una acción en la cual se involucra a un menor en una actividad sexual que él o ella no comprende completamente, para la que no tiene capacidad de libre consentimiento o su desarrollo evolutivo (biológico, psicológico y social) no está preparado o también que viola las normas o preceptos sociales. (p. 53)

La Convención Internacional de Derechos de la Infancia, congregada por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef, 1989), opina que los menores de 18 años son una población vulnerable, por lo tanto, necesitan cuidados y protección especial (Franco y Ramírez, 2015). El ASI puede ser cometido por adultos o por menores en edad, es decir, por victimarios sustancialmente mayores a la víctima. Esta diferenciación cronológica permite que los abusadores tengan absoluto poder sobre su víctima, ya que estos se valen, generalmente, de su posición de responsabilidad o de la confianza que le prodiga el menor de edad abusado (Franco y Ramírez, 2015). El abuso sexual se ocasiona por contacto físico directo con el menor o al ser utilizados para la propia estimulación sexual del agresor (Redondo et al., 2012) o la satisfacción de un tercero (Franco y Ramírez, 2015).

El ASI intrafamiliar es considerado un tipo de violencia doméstica y, por lo tanto, es un problema de salud pública. El Instituto Nacional de Medicina Legal reportó que del 2007 al 2011 (Franco y Ramírez, 2015) un 50% de los casos de abuso sexual denunciados fueron causados por familiares cercanos o conocidos. Esta situación habitual, paradójicamente, genera un subregistro de denuncias debido al silencio de las víctimas y a la complicidad de las redes familiares y sociales por consideración al rol y a la jerarquía familiar; por la ocultación del abusado, la repugnancia hacia sí mismo y sentimientos de vergüenza; y por temor a las represalias y al rechazo social (Echeburúa, 2009).

El 64% de las mujeres menores que fueron abusadas sexualmente han presentado trastornos psiquiátricos; entre los más comunes se encuentran los trastornos: oposicional desafiante, de ansiedad, por déficit de atención con hiperactividad, depresión, reacciones fóbicas, déficit intelectual y social (Franco y Ramírez, 2015).

Violencia sexual

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la violencia sexual como:

Todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios, insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de ésta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar, y el lugar de trabajo.

Se trata de una acción deliberada, consciente, racional e intencional, no tiene en cuenta los derechos del agredido o la afectación de los derechos fundamentales de las personas (Ministerio de Salud y Protección Social - Organización Internacional para las Migraciones (Minsalud-OIM), 2014).

Los factores que influyen este tipo de violencia son explicados por el modelo Ecológico feminista propuesto por Heise en 1994 y aceptado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) (Minsalud-OIM, 2014). Este modelo revisa la relación entre género y violencia, analiza las construcciones o roles históricos del hombre y la mujer (Minsalud-OIM, 2014).

La socialización de género consiste en un proceso de aprendizaje social, donde cada sociedad establece lo apropiado para las mujeres y los hombres, esas pautas o modelos culturales se interiorizan en cada comunidad y se siguen como norma. Por ejemplo, la masculinidad se asocia al poder patriarcal de toma de decisiones y a la demostración de su virilidad. Estos modelos de género propician la violencia contra las mujeres, los niños y las niñas, al convertirse en un mecanismo de poder, control y dominio (Minsalud-OIM, 2014).

Estos actos de violencia son llevados a cabo —en la mayoría de ocasiones— por los familiares, los amigos, los vecinos y los conocidos de las víctimas, y se manifiestan en el hogar, la escuela, el trabajo y la calle. En Colombia, debido al conflicto armado, la violencia sexual surge como un *arma de guerra* para generar miedo y controlar a la población (Canesto, 2018). La violencia sexual incluye desde el acoso sexual, manipulación de las partes íntimas, agresiones físicas y penetración (Canesto, 2018).

Agresión sexual

Cuando se dice de aquellas conductas sexuales impuestas a la víctima que se caracterizan por tener un destinatario inadecuado o por ser violentas, se refiere a la definición de agresión sexual (Echeburúa, 2009), y no todas las agresiones sexuales tienen la misma gravedad o el mismo nivel de perturbación para las víctimas ni producen las mismas reacciones sociales (Mena, 2009).

Entre los factores que explican la agresión sexual se encuentran: psicológicos —el agresor presenta excitación sexual por medios violentos, falta de autocontrol, baja autoestima a nivel sexual, abuso sexual en la infancia—, sociales —cosificación de la mujer— y situacionales —consumo de alcohol o sustancias psicoactivas— (Echeburúa, 2009).

Para los pedófilos y los pederastas, el sexo se puede convertir en una estrategia —*normal*— que les permite afrontar su propia sexualidad aprendida, ya sea para asimilar o retribuir o aliviar —en algunos casos— la violación sufrida, o ya sea por inclinación personal. Por ende, esta vivencia de una sexualidad negativa —enfermedades de pedofilia y pederastia— se asocia a conductas negativas —agresiones sexuales— que las refuerzan (Echeburúa, 2009). En los agresores sexuales suele existir una alteración del pensamiento que justifica sus conductas

sexuales —por ejemplo, los pederastas creen que el sexo con niños es una forma de darles cariño— (Echeburúa, 2009). Asimismo, la agresión sexual se puede desencadenar en casos de estrés prolongado, de consumo de psicoactivos, por la indefensión de la víctima o por la posible impunidad de estas acciones, convirtiendo tales actos en malintencionados (Echeburúa, 2009).

Por lo anteriormente expuesto, vale resaltar que el comportamiento sexual de los pedófilos y los pederastas tiene una explicación sustentada por distintas circunstancias: maltrato infantil, experiencias sexuales previas, déficit cognitivo, abuso sexual en la infancia, abandono, violencia intrafamiliar, déficit en habilidades sociales, excitación con actos violentos, visualización de pornografía, consumo de sustancias psicoactivas o bebidas alcohólicas, trastornos mentales (Redondo et al., 2012).

Las implicaciones de la agresión sexual son graves a nivel social, ético y legal, este contexto requiere un equilibrio entre la protección a la sociedad y el respeto de los derechos de todas las personas, incluidos los abusadores sexuales (Redondo et al., 2012).

Tipos de agresores sexuales

Los agresores sexuales no tienen el mismo perfil ni representan la misma peligrosidad ni comparten el mismo porcentaje de reincidencia. Se clasifican de la siguiente manera:

Violadores ocasionales: son jóvenes con baja autoestima, se frustran con facilidad y no planifican la violación; los impulsa una situación de excitación sexual, por lo que pueden presentar remordimiento después de la acción, la cual va en contra de sus valores y creencias. Este tipo de agresor sexual es reinsertable y es de bajo riesgo social (Echeburúa, 2009).

Violadores delincuentes: son agresores sexuales oportunistas; no necesariamente tienen un déficit sexual, sino que sus actos son parte de su vida delictiva (Echeburúa, 2009).

Psicópatas sexuales: son sujetos peligrosos, violentos, sádicos, impulsivos, sin escrúpulos, carentes de remordimientos por la transgresión de las normas sociales o ante el sufrimiento ajeno, desprecian a su víctima e inclusive pueden causarle la muerte. Tienen una alta reincidencia en los delitos sexuales y poca motivación para iniciar algún tipo de tratamiento (Echeburúa, 2009).

Violadores sádicos: son agresores sexuales muy reincidentes, peligrosos e introvertidos; presentan fantasías sexuales violentas planificadas y suelen consumir bebidas alcohólicas, drogas o pornografía. Disfrutan sexualmente con el dolor y el miedo de su víctima, y tienen antecedentes de abuso sexual. No son numerosos (Echeburúa, 2009).

Violadores deficientes mentales: son jóvenes, realizan estos actos sin planificar, se dejan llevar por impulsos sexuales y, por lo general, son mayores en edad a sus víctimas para aprovecharse de su fragilidad psicológica —ingenuidad, autoestima, otros complejos e inseguridades—, intelectual, académica, experiencia de vida, física. Sus actos suelen asociarse a un complejo de inferioridad; según las estadísticas, es más frecuente que ellos sean víctimas de agresión sexual que victimarios (Echeburúa, 2009).

Violadores mixtos: son representados por los psicópatas sexuales y los violadores sádicos. Sus agresiones sexuales presentan un narcisismo criminal, pues piensan que sus actos son brillantes y quedarán impunes, esto hace que cada día sean más frecuentes sus acciones. Estos criminales se caracterizan por el consumo de psicoactivos, ausencia de pareja estable y redes de apoyo familiar, con distorsiones cognitivas respecto a la mujer, y presentan altos niveles de

reincidencia sexual violenta con mal pronóstico (Echeburúa, 2009).

Estadísticas de pedofilia y pederastia

El Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses en Colombia, por informes periciales sobre los posibles casos de delito sexual entre el 2007 y el 2011, encontró que la edad más frecuente de violencia sexual está entre los 10 y los 14 años, generalmente en mujeres, con un total de 29 105 casos (Franco y Ramírez, 2015, p. 53). Otras entidades como el ICBF y la Unidad de Delitos Sexuales de la Fiscalía General de la Nación concuerdan en el mismo grupo etario (Franco y Ramírez, 2015).

Una alta frecuencia de violencia sexual en este grupo de edad coincide con la aparición de los caracteres sexuales, con la etapa crítica de la elaboración de su significado, y con la simbolización de la corporalidad y de la perspectiva de género (Franco y Ramírez, 2015).

La reincidencia de los agresores sexuales después de su primer episodio es del 20%, mientras que en los agresores reiterativos —psicópatas sexuales y violadores sádicos— la recaída es más alta, del 33% al 71% de los casos (Echeburúa, 2009).

Según estudios llevados a cabo en Norte América, la incidencia absoluta de delitos sexuales en mujeres —víctimas— es del 27%, y del 16% en hombres —víctimas—, solo incluyendo los casos en que admitieron haber sido abusados en la infancia. En España, estas agresiones podrían afectar al 20% de la población (Redondo et al., 2012).

Existe un subregistro elevado en este tipo de violencia, debido a que las víctimas no denuncian por vergüenza, miedo, desconocimiento de los procesos de denuncia y derechos que poseen en estas situa-

ciones particulares y, además, por la desconfianza en las autoridades y la impunidad, según lo referido por la OMS en el año 2003 (Minsalud-OIM, 2014).

Estadísticas del Instituto de Medicina Legal y ciencias forenses, en el periodo comprendido entre los años 2008 al 2016, observo una es-

tabilización en el reporte de casos de violencia sexual, datos contrastantes con el año 2017, el cual presentó un aumento de la incidencia en un 11.21%, como se muestra en la tabla 1 (Minsalud-OIM, 2014).

Tabla 1: Posibles casos de violencia sexual del año 2008 al 2017

Año	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Casos	21 202	21 612	20 142	22 597	21 506	20 739	21 115	22 155	21 399	23 789

Fuente: elaboración de la autora a partir de datos recolectados.

La Redacción Judicial del periódico *El Tiempo*, el 4 de enero de 2019, dio a conocer las cifras de los posibles casos de violencia sexual. De enero a noviembre de 2018, Medicina Legal reportó la práctica en menores de edad de 24 532 exámenes forenses (734 casos/día), cifra que aumentó con respecto al 2017.

Castración química o quirúrgica en otros países

La castración química aplicada como pena existe en muchos países del mundo, entre los que se encuentran Canadá, Argentina, España, País de Gales y diversos estados de Estados Unidos (De Sousa y Fleury, 2014). En Argentina, Provincia de Mendoza, desde el 2010 se aplica la castración química como pena en delincuentes sexuales reincidentes, previo consentimiento informado. Existe también el Programa de Protección a las Víctimas de Delitos contra la Integridad Sexual y de Control a Delincuentes Sexuales (Francese, 2011).

El uso de la castración quirúrgica voluntaria en agresores sexuales ha disminuido en el mundo, pero sigue siendo legal en California, Florida,

Iowa, Louisiana, Texas, Alemania y República Checa. En estos dos países europeos, entre el 2001 al 2006, más de cincuenta delincuentes sexuales fueron sometidos a castración quirúrgica, situación denunciada por el Comité Europeo para la Prevención de la Tortura en el 2009 (Douglas, et al., 2013).

El periódico *El Tiempo* informó, el pasado 15 de junio de 2017, sobre el proyecto de ley en Colombia —actualmente en debate en el Senado de la República— acerca de la implementación de la castración química como pena para violadores de menores y de forma voluntaria. La iniciativa fue radicada por los senadores Maritza Martínez —partido de ‘la U’— y Juan Manuel Galán —partido Liberal—. El Consejo de Política Criminal y el Ministerio de Salud enviaron al Congreso las siguientes consideraciones: la castración química como pena es inconstitucional, no tiene consenso sobre la efectividad ni estudios de impacto de los efectos físicos o mentales que recaerían sobre los solicitantes. Para el Ministerio de Salud esta sanción “puede implicar un incumplimiento de la prohibición contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos y degradantes”.

Normatividad en procesos de interdicción

“La interdicción de las personas con discapacidad mental absoluta es también una forma de restablecimiento de los derechos de los discapacitados” (Ley 1306, 2009). “Establece las disposiciones para garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad” (Ley Estatutaria 1618, 2013).

Modelo social de discapacidad en el marco internacional de protección de los Derechos Humanos en las personas con discapacidad, las cuales pueden decidir, en iguales condiciones que las demás, sobre todos los aspectos de su vida incluyendo su sexualidad. El Estado debe garantizar que las personas en situación de discapacidad puedan gozar y ejercer todos sus derechos y libertades fundamentales. (Corte Constitucional, Sala novena de revisión, T - 573, 2016)

La sentencia T - 573 de 2016 analiza la experiencia de Consuelo —madre de Silvia con 15 años, síndrome de Down e hipertiroidismo— quien el 28 de octubre de 2015 interpuso acción de tutela para obtener el amparo de los derechos fundamentales a la salud, a la vida, a la integridad física y a la seguridad social de su hija. En el 2014 le colocaron un implante intradérmico a Silvia para planificar, pero le produjo un sangrado menstrual persistente, por lo que su madre solicitó al hospital tratante la realización de la ligadura de trompas (p. 4 - 5). La Corte Constitucional solicitó el concepto de Profamilia y esta institución informó:

Deben hacerse los ajustes razonables y apoyos para que las personas con discapacidad puedan expresar su voluntad y su consentimiento informado de forma libre e idónea, en iguales condiciones que las demás, y sobre la necesidad de explorar las motivaciones de las fami-

lias para buscar los procedimientos de esterilización, de tal forma que desde los sectores judicial, de salud y de protección se puedan tomar medidas conducentes a deconstruir y desmitificar las múltiples ideas que existen sobre la esterilización. (Corte Constitucional, Sala novena de revisión, T - 573, 2016, p. 10)

Otro concepto fue el del Programa de Acción por la Igualdad y la Inclusión Social, de la Facultad de Derecho de la Universidad de los Andes, entidad que trabaja por los derechos de los grupos marginados:

El poder vinculante y de rango constitucional de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de Naciones Unidas y demás tratados internacionales ratificados por Colombia y a los lineamientos básicos del paradigma que introdujo el modelo social de la discapacidad que Colombia se obligó a cumplir al ratificar la Convención. (Corte Constitucional, Sala novena de revisión, T - 573, 2016, p. 11)

La Defensoría del Pueblo advirtió que existen unos estándares internacionales para el reconocimiento, protección y garantía del derecho a la capacidad jurídica de las personas con discapacidad y que estos deben ser garantizados por el Estado. Asimismo, la Defensoría critica que en Colombia se siga utilizando el proceso de interdicción judicial como requisito para la realización de procedimientos de esterilización como método preventivo de abuso sexual de estas personas, sin tener en cuenta que la “sustitución del consentimiento afecta su autodeterminación reproductiva y su derecho a tomar decisiones libres y responsables, sin discriminaciones” (Corte Constitucional, Sala novena de revisión, T - 573, 2016).

Tratamiento cognitivo conductual para el manejo de la pedofilia y la pederastia

La terapia cognitivo conductual (TCC) es un tratamiento no farmacológico, empleado en diferentes enfermedades de origen psicológico como la depresión, la ansiedad, y su finalidad consiste en reemplazar pensamientos, conductas, emociones y respuestas fisiológicas disfuncionales por otras más adaptativas y adecuadas. Surgió de dos corrientes de la psicología: la conductiva y la conductual (Puerto y Padilla, 2011). La TCC es tan eficaz como otros tratamientos psicológicos o psicofarmacológicos en la mayoría de enfermedades mentales no psicóticas (Fullana et al., 2011).

Esta técnica psicoeducativa se ha utilizado en diferentes contextos como, por ejemplo, en pacientes con la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) para mejorar su adherencia a los medicamentos (Kanters et al., 2017). La alta adherencia a los antirretrovirales es crucial para el éxito del tratamiento y el control de la enfermedad. Kanters et al. (2017) hicieron una revisión sistemática de las diferentes prácticas para mejorar la adherencia a estos medicamentos. El objetivo del estudio fue darle herramientas a la Organización Mundial de la salud (OMS) para recomendar las intervenciones más efectivas que favorezcan la adherencia a estos fármacos; la TCC es uno de los manejos más recomendados en este estudio (Kanters et al., 2017).

Programas de intervención estructurada, individualizada y mantenida con el tiempo

El canadiense William Marshall y su equipo fueron los pioneros en el tratamiento cognitivo-conductual que ha demostrado gran efectividad en la reducción de los delitos sexuales y, por tanto, esta terapia ha sido aplicada en diversos países (Martínez y Redondo, 2016), como Reino

Unido, el cual, tiene mayor desarrollo en este tipo de programas (Redondo et al., 2012).

Los programas de intervención estructurada individualizada además de haber sido implementados en Reino Unido, también existen en Países Bajos y en España. En este último país, fue creado por medio de la Ley 3 de 2004 del 10 de diciembre, a través de La Agencia de la Comunidad de Madrid para la Reeducación y Reinserción del Menor Infractor, y tiene como objetivo implementar tratamientos eficaces que disminuyan la incidencia y reincidencia de todo tipo de delitos —incluidos los sexuales— en los jóvenes (Redondo et al., 2012).

Generalidades de los programas de intervención estructurada individualizada y mantenidas en el tiempo

Las actividades de intervención estructurada individualizada, dirigidas a los posibles autores de estos actos, deben mantenerse en el tiempo y ser realizadas por profesionales idóneos. La Fundación Lucy Faithfull, en Reino Unido, que dirige Hillary Elderidge, da unas pautas para implementar estos programas: deben estar basados en la investigación previa, con resultados realistas, con población preseleccionada adecuada, enfocados en áreas de riesgo específicas, diseñados para mejorar su eficacia (Redondo et al., 2012).

En este tratamiento existen tres tipos de intervenciones complementarias como la individualizada, la grupal y la familiar. La intervención grupal favorece el desarrollo de las relaciones sociales y sexuales adecuadas, sumado al establecimiento de estrategias eficaces de autocontrol para evitar las reincidencias (Redondo et al., 2012). Por otra parte, la intervención psicológica individual se enfocará en las características o necesidades de cada persona, y la intervención familiar con miembros colaboradores y dispuestos determina el éxito de la terapia

(Redondo et al., 2012). Se tendrán en cuenta en estos agresores la modificación de los factores dinámicos, por medio de la intervención psicológica; gracias a este proceso se reeducará al menor (Redondo et al., 2012).

La tabla 2 muestra los factores dinámicos, estáticos y los parcialmente modificables, y como cada categoría puede o no intervenir con psicoterapia; en la misma tabla se observan las generalidades sobre cada componente (Redondo et al., 2012).

Tabla 2. Factores de riesgo de los agresores sexuales

Estáticos	Dinámicos	Parcialmente modificables
<ul style="list-style-type: none"> • Sexo masculino. • Altos niveles de testosterona. • Vulnerabilidad infantil. • Victimización y experiencias sexuales antisociales. • Inicio precoz en el delito. 	<ul style="list-style-type: none"> • Estilo de vida antisocial. • Creencias justificadoras de la agresión. • Ira descontrolada. • Déficit en las habilidades de comunicación. • Amigos antisociales. • Carencia de apoyo prosocial. • Desinterés por un tratamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Impulsividad y autocontrol. • Empatía. • Abuso de alcohol y drogas. • Prevención de recaídas.
<p>Estos elementos no pueden ser directamente modificados por ningún tratamiento. Entre más se presenten dichos factores de riesgo en una persona, el tratamiento debe ser más intenso o estructurado —principio de riesgo—.</p>	<p>Son susceptibles de disminuir, ser reemplazados o desaparecer con un tratamiento correcto. El principio terapéutico se llama <i>necesidad criminogénica</i>, y son los factores que van a ser tratados directamente.</p>	<p>Estos factores se asocian al <i>principio de individualidad</i>. Las terapias se deben adaptar a la necesidad de cada individuo.</p>

Fuente: Echeburúa y Redondo (2010).

La agresión sexual tiene causas multifactoriales y su manejo se encamina a resolver algunos de los factores de riesgo de los abusadores sexuales, la terapia psicoeducativa no puede resolver todos estos factores ni eliminar totalmente las reincidencias solo disminuirlas (Redondo et al., 2012).

Motivación del sujeto

Es el elemento más importante en este proceso psicoeducativo, es de buen pronóstico favoreciendo el tratamiento. El paciente al participar e involucrarse de forma activa en este manejo, debe hacerlo con el objetivo de mejorar su calidad de vida, reconociendo sus conductas inadecuadas y cambiarlas, entendiendo cuáles son los factores desencadenantes de

sus agresiones sexuales. Asimismo, ha de tener unas condiciones facilitadoras, como ser capaz de entablar relaciones interpersonales, de comunicarse, de aprender y de corregir sus hábitos (Redondo et al., 2012).

Dentro de otros factores sicosociales de buen pronóstico se encuentran: una red de apoyo familiar, social y laboral adecuada (Redondo et al., 2012).

Evaluación inicial y de riesgo

Para efectuar la evaluación inicial y de riesgo es necesario recoger información del sujeto por medio de entrevistas —a él y a su familia—, cuestionarios y pruebas psicológicas que descar-

ten déficits cognitivos, dando una caracterización de su personalidad, de su comportamiento, y determinando si existen trastornos psicopatológicos o consumo de sustancias psicoactivas o alcohol (Redondo et al., 2012, p. 34). Las escalas o guías estructuradas calculan el posible riesgo de agresión sexual, una de ellas es la *Sexual Violence Risk Assessment* o SVR - 20, la cual tiene una aceptable capacidad predictiva con agresores sexuales adultos (Redondo et al., 2012).

La evaluación del riesgo debe dar las pautas para crear la intensidad del tratamiento, determinando así las medidas más adecuadas y las actuaciones de seguimiento posteriores. (Redondo et al., 2012).

Efectividad de los tratamientos psicoeducativos en el manejo de la pedofilia y la pederastia

El primer meta-análisis sobre efectividad comparada de los tratamientos psicoeducativos para el manejo de la pedofilia y de la pederastia fue el de Hall (1995), quien evaluó doce programas con 1313 personas. La mitad del grupo recibía tratamiento psicoeducativo y la otra mitad eran sujetos de control —estos no recibían tratamiento o recibían otro tipo de tratamiento—. Los programas habían durado en promedio 18.5 meses, y los seguimientos fueron de 6.8 años después de terminar el tratamiento. Se obtuvo un tamaño del efecto global de $r=0.12$, lo que significa que la reincidencia bajó 12 puntos en el grupo manejado con terapia psicoeducativa frente al grupo control (Redondo et al., 2012).

Por su parte, Polizzi, Mckenzie y Hickman, en el año 1999, evaluaron 21 programas para agresores sexuales, en la cárcel o en la comunidad (Redondo et al., 2012). Encontrándose que el 50% de los programas resultó efectivo o prometedor, seis de estas intervenciones fueron calificadas como efectivas y, de estas mismas, cuatro

pertenecían al manejo cognitivo-conductual. La eficacia de estas terapias resultó mayor en los tratamientos aplicados en la comunidad, debido al mayor grado de violencia de los agresores sexuales encarcelados, esto causa tratamientos institucionales con menor efecto en comparación con los aplicados en la comunidad (Redondo et al., 2012).

En prisiones catalanas, el profesor Santiago Redondo, de la Universidad de Barcelona, logró disminuir la tasa de reincidencia del 18.2% en los sujetos no tratados al 4.1% en los sujetos tratados con la terapia cognitivo-conductual y de prevención de respuesta (Echeburúa, 2009).

Efectividad comparativa de tratamientos en el manejo en pedófilos y pederastas

Gallagher, Wilson y Mckenzie en 1999 analizaron mediante un meta-análisis 26 tratamientos aplicados a agresores sexuales después del año 1975. Identificaron que la reincidencia sexual bajó 23 puntos en grupos tratados con manejo cognitivo-conductual y de prevención de respuesta, en comparación con los grupos control, como se observa en la tabla 3 (Redondo, et al., 2012).

Tabla 3. Comparación de la efectividad de los diferentes tipos de tratamiento

Tipo de programa	K	R
Conductual	4	0.11
Cognitivo-conductual /prevención de respuesta	13	0.23
Psicosocial en general	3	0.10
Medicación hormonal con psicoterapia	5	0.30
Castración quirúrgica en estudio alemán	1	0.66

Fuente: Gallagher, Wilson y Mckenzie (1999).

Áreas de intervención

Se clasifican estas áreas de intervención en siete grupos, los cuales se intervendrán según un plan preestablecido.

1. Mejoramiento de la autoestima.
2. Manejo de conductas sexuales.
3. Entrenamiento de habilidades afectivas y sexuales.
4. Autocontrol emocional para evitar conflictos.
5. Aprendizaje para no distorsionar y justificar el abuso.
6. Sentimiento de solidaridad y empatía por las víctimas.
7. Prevención de delitos sexuales (Redondo et al., 2012).

Metodología de Diego Gracia

Paso 1. Descripción y análisis de los hechos

Camilo, de 35 años, fue diagnosticado con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en el 2010, en una institución médica en Colombia. El dictamen se dio al presentar una infección en el sistema nervioso central, la cual dejó secuelas permanentes funcionales, como pérdida de fuerza y sensibilidad del hemicuerpo derecho, epilepsia controlada con tratamiento farmacológico, pedofilia secundaria debido a una lesión en el lóbulo frontal y un posible déficit cognitivo. Camilo no pudo volver a trabajar debido a las secuelas del VIH, es pensionado por esta situación, y vive con su padre.

En una consulta psicológica, en el 2012, el padre afirmó que su hijo no realizaba ninguna

actividad, excepto ver pornografía en internet, y que presentaba comportamientos agresivos, depresión y trastornos en el patrón del sueño. Además, refirió un episodio de tocamiento a un menor de edad en el área genital, en la calle, por lo cual su hijo fue agredido físicamente.

En otra consulta de psicología, el padre refirió que no podía trabajar por cuidar a su hijo, situación que lo tenía física y mentalmente cansado. En una ocasión encontró a Camilo, en su cuarto, con un menor que había contactado por internet; al hacerle el reclamo, fue agresivo. Bajo tales circunstancias, los familiares buscan la forma de institucionalizar al paciente.

Las pruebas neuropsicológicas aplicadas demuestran un perfil cognitivo por debajo de lo esperado para la edad, con fallas atencionales y amnésicas, aumento de los tiempos de procesamiento de la información y cambios significativos del comportamiento.

Dado el inconveniente presentado con el niño por tocamientos y los antecedentes clínicos de Camilo, la neuróloga diagnostica al paciente con síndrome de lóbulo frontal con pedofilia asociada y sugirió institucionalizarlo por psiquiatría para que fuese valorado por urología y realizarle un procedimiento quirúrgico que disminuyera el deseo sexual. El padre le solicitó al médico la castración quirúrgica o farmacológica de su hijo, pues ninguna institución se hacía cargo de él.

Para controlar la pedofilia, el urólogo remitió al paciente a psiquiatría y a endocrinología, pues, según le informó al acompañante, la castración quirúrgica sería la última opción. Y si bien la endocrinóloga en su valoración inicial encontró motivos para llevar a cabo el procedimiento, informó después al familiar que solo lo realizaría bajo orden judicial.

El área jurídica de la EPS a la que pertenece Camilo expone la poca viabilidad de este procedimiento, a causa de un posible déficit cognitivo que le impediría solicitar voluntariamente dicho tratamiento. Aclara, a su vez, que un familiar se encuentra en proceso de interdicción, factor a tener presente para definir la conducta a seguir.

En el 2016, en consulta psiquiátrica, Camilo entró solo a la consulta e informó que estaba de acuerdo con la castración química, porque no quería “cometer un error”. Sin embargo, desconocía la forma en que sería realizado el procedimiento y sus efectos secundarios. El psiquiatra anotó en esta valoración:

Es difícil determinar si existe o no un déficit cognitivo, debido al mutismo selectivo de Camilo y a la poca colaboración del padre, que no deja que su hijo entre solo a la consulta. El paciente tiene una capacidad de abstracción parcial, entiende la complejidad de su enfermedad y reconoce la dificultad para controlar sus impulsos sexuales. Seguirá siendo medicado con antipsicóticos y antidepresivos.

Para octubre de 2017, el familiar de Camilo entregó al psiquiatra la resolución del proceso judicial de interdicción, en la que el padre figura como curador del paciente. Según el especialista, se viabiliza el tratamiento de castración química por endocrinología.

Paso 2. Identificar los problemas bioéticos

Para identificar los problemas bioéticos, se deben revisar los siguientes ocho aspectos en el paciente:

1. El posible déficit cognitivo del paciente, secundario a su enfermedad de base, que impediría solicitar voluntariamente la realización de la castración química.

2. La solicitud al urólogo presentada por parte del padre, para que le sea realizada la castración química o quirúrgica a su hijo.
3. La aceptación de Camilo para que le sea realizada la castración —porque no quiere “cometer un error”—, a pesar de la escasa información que posee sobre la realización del procedimiento, efectos secundarios y efectividad.
4. El desconocimiento por parte del padre de los efectos secundarios que puede tener el procedimiento y, con esto, del riesgo que enfrenta su familiar.
5. Una comunicación deficiente entre el paciente, la familia y el grupo médico para tomar una decisión, y la inexistencia en Colombia de una normatividad clara para estos problemas.
6. La extrema dificultad para realizar este procedimiento médico.
7. La falta de una decisión respecto del problema y la prevalencia del bienestar de la institución médica sobre el bienestar del paciente para evitar problemas legales.
8. La estigmatización por parte del grupo médico y la cierta *solidaridad de género*: las especialistas mujeres toman las decisiones más radicales.

Paso 3. Identificar valores o principios en conflicto

Una vez identificados los problemas bioéticos, deben identificarse los valores o principios en conflicto, estos se examinan a continuación:

1. Autonomía y vulnerabilidad: Camilo es un paciente de 35 años, portador de VIH, en-

fermedad que le dejó secuelas permanentes funcionales: pérdida de fuerza y sensibilidad del hemicuerpo derecho, epilepsia, pedofilia por lesión en el lóbulo frontal y, al parecer, un déficit cognitivo. Su padre solicitó la realización de la castración química o quirúrgica.

2. Solidaridad: Camilo refiere que quiere hacerse la castración química para “no cometer un error” y no hacer daño a terceros.
3. Conflicto de valores: si bien el médico debe respetar la autonomía y la dignidad del paciente, la integridad de terceros como menores de edad está en riesgo, y este es un problema que debe resolverse.

Paso 4. Deberes: cursos de acción

Se disponen dos cursos de acción, se valoran a continuación:

Cursos extremos de acción

1. Realizar la castración química solicitada por el padre a Camilo, sin tener en cuenta la auto-

nomía y dignidad del paciente, para garantizar el interés superior del niño y el bien común.

2. No realizar la castración química solicitada por el familiar a Camilo, ni otro tipo de intervención médica para respetar la autonomía y dignidad del paciente.

Curso intermedio de acción. Hay un solo curso intermedio de acción:

Realizar otro tipo de intervención o tratamiento a Camilo para la pedofilia de tipo psicoeducativo, respetando su autonomía y dignidad, garantizando así el interés superior del niño y el bien común.

Paso 5. Identificar el curso de acción óptimo (tabla 4)

Paso 5.1 Momento deontológico. Regla única deontológica: respeta el nivel de principios, nunca elige una opción que vulnere los principios de primer nivel o ética de mínimos basada en los principios del respeto a la justicia y de no maleficencia.

Tabla 4. Cursos de acción

		<p>1 Curso extremo de acción Realizar la castración química solicitada por el padre para Camilo, por presentar pedofilia, sin tener en cuenta la autonomía y dignidad del paciente, para garantizar el interés superior del niño y el bien común.</p>	<p>2 Curso extremo de acción No realizar la castración química solicitada por el familiar a Camilo, ni otro tipo de intervención médica, para respetar la autonomía y dignidad del paciente.</p>	<p>3 Curso intermedio de acción Realizar otro tipo de intervención o tratamiento a Camilo para la pedofilia de tipo psicoeducativo, para respetar su autonomía y dignidad, garantizando además el interés superior del niño y el bien común.</p>
--	--	--	---	---

Bioética

<p>Principios de primer nivel Ética de mínimos.</p>	<p>Justicia ¿Es justo, realizar la castración química a Camilo? No debe existir discriminación y debe haber igualdad de oportunidades.</p>	<p>No es justo realizarle la castración química a Camilo por solicitud del padre, pues se le está discriminando y no se le brinda igualdad de oportunidades. No cumple.</p>	<p>No se está discriminando a Camilo al no realizarle la castración; se le está brindando igualdad de oportunidades, pero no se garantizaría el interés superior del niño y el bien común. No cumple.</p>	<p>Es justo porque Camilo solicita la terapia psicoeducativa voluntariamente. Si lo hace a través de un familiar, se preserva la autonomía y la dignidad del paciente, no se le discrimina y se le brinda igualdad de oportunidades. A la vez, se garantizaría el interés del niño y el bien común. Cumple.</p>
	<p>No maleficencia ¿Realizarle la castración química a Camilo le hace daño en términos de integridad?</p>	<p>Es perjudicial realizar la castración química a Camilo desde el punto de vista de su integridad física y mental. No cumple.</p>	<p>Al no realizar la castración química a Camilo, no se violaría su integridad, pero existiría la posibilidad de un daño a menores de edad, y no se preservaría el bien común. No cumple.</p>	<p>No existe riesgo en la integridad física ni emocional de Camilo al brindarle un tratamiento psicoeducativo. Cumple.</p>
<p>Principios de segundo nivel Ética de máximos o de lo privado.</p>	<p>Beneficencia Balance, riesgo y beneficio en términos médicos. La utilidad de la castración y sus consecuencias. ¿Qué es más beneficioso para Camilo, realizar o no la castración química en términos de calidad de vida?</p>	<p>Existen más riesgos que beneficios al realizarle la castración química a Camilo, debido a los efectos secundarios graves —físicos y emocionales— que se pueden llegar a presentar, a pesar de ser un procedimiento médico reversible, y de tener una baja efectividad para el manejo de la pedofilia. Por tal razón, no mejoraría su calidad de vida. No cumple.</p>	<p>Tiene más beneficio que riesgo para Camilo no realizarle la castración química, sin embargo, no se garantizaría el interés superior del niño y el bien común. Cumple.</p>	<p>Hay más beneficios que riesgos para el paciente en este tipo de tratamientos psicoeducativos para el manejo de la pedofilia, pues la efectividad ha sido valorada en varios meta-análisis. Este tipo de manejo mejoraría la calidad de vida del paciente, igualmente se garantizaría el interés del niño y el bien común. Cumple.</p>
	<p>Autonomía ¿Castrar químicamente a Camilo respeta su autonomía?</p>	<p>Si se determina que el paciente no es autónomo, y está representado por el padre por el proceso de interdicción, realizarle la castración química va en contra de su autonomía. No cumple.</p>	<p>Si el paciente es autónomo, o se determina que no es autónomo, y está representado por el padre, al no realizar la castración química se respeta su autonomía, pero no se garantizaría el interés superior del niño y el bien común. No cumple.</p>	<p>Con este tipo de tratamiento, la autonomía del paciente se respetaría en cualquier escenario, inclusive si el paciente es interdicto, y se garantizaría además el interés superior del niño y el bien común. Cumple.</p>

Fuente: elaboración de la autora a partir de datos recolectados.

Paso 5.2 Momento teleológico. Se escoge la opción 3: se dará un manejo psicoeducativo, el cual tiene mejores consecuencias, pues no vulnera la autonomía ni la dignidad del paciente y garantiza el interés superior del niño y el bien común. La opción 1 vulnera al paciente, y la opción 2 no es ética.

Paso 6. Contraste con el sistema de referencia

Primera premisa: ontología de la dignidad según Kant.

Al realizar la castración química a Camilo, este se vuelve un medio, una cosa; por eso se decide escoger un tratamiento psicoeducativo para la pedofilia que respete la autonomía y la dignidad del paciente. Las personas tienen dignidad y no precio.

Segunda premisa: ética de igualdad según Kant.

No se debe hacer la castración química porque la mayoría de las personas no se la realizarían voluntariamente, por ende, ante los efectos secundarios y la poca efectividad de dicho tratamiento, es preferible buscar otra opción como la intervención psicoeducativa.

Tercera premisa: respeto a la ley.

Resulta indebido aplicar la castración química a Camilo, primero, por el posible déficit cognitivo del paciente que impediría solicitar voluntariamente el procedimiento y, segundo, porque a pesar de existir un proceso de interdicción por resolución judicial que otorga al padre de Camilo la calidad de curador sobre su hijo, esta práctica no es viable desde el punto de vista legal, puesto que, va en contra de la sentencia T - 573 de 2016 sobre el consentimiento libre y voluntario de las personas con discapacidad.

Paso 7 Recomendación final del curso óptimo de acción (opción elegida)

Se recomienda realizar otro tipo de intervención o tratamiento a Camilo que sea diferente de la castración química para el manejo de la pedofilia: un tratamiento psicoeducativo de tipo cognitivo-conductual y de prevención de respuesta que respete su autonomía y dignidad, además de garantizar el interés superior del niño y el bien común. La ciencia ha demostrado, estadísticamente, que estas terapias psicológicas tienen una efectividad similar a la castración química con efectos secundarios mínimos o inexistentes.

La evidencia ética suministrada por Diego Gracia y su método de análisis de problemas éticos en la clínica, da las pautas para llegar al curso de acción óptimo. Se demuestra que las terapias de tipo cognitivo-conductual y de prevención de respuesta para el manejo de la pedofilia y de la pederastia, respetan la regla deontológica al no elegir una opción que vulnere los principios de primer nivel como la justicia y la no maleficencia o ética de los mínimos, arrojando mejores consecuencias, en razón a que cumplen con las premisas de Kant y con los principios de dignidad, igualdad y respeto a la ley.

Las intervenciones de tipo psicoeducativo no discriminan ni estigmatizan a Camilo, le brindan igualdad de oportunidades, no producen daños en su integridad física y emocional al poseer más beneficios que riesgos y mejorar su calidad de vida. El manejo debe ser integral, es decir, no solo por parte del grupo de salud, sino también de otros sectores de la sociedad, medios de comunicación y legisladores, a pesar de la inexistencia de las políticas públicas al respecto y de los problemas que enfrenta el sistema de salud. Entonces, se basará su manejo en la experiencia de los programas de intervención estructurada individual de Reino Unido, Países Bajos, España, y se tendrá en cuenta el protocolo de manejo integral para pacientes con VIH sida.

Generalidades del manejo integral

El manejo integral consiste en una intervención de varias disciplinas dirigida a los aspectos físicos, psicoemocionales y sociales del paciente; estas valoraciones deben ser llevadas a cabo por un grupo interdisciplinario constituido por médicos, psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales y enfermeros (Pérez, Alvarado y Saravia, 1998, p. 148).

La asesoría como proceso de apoyo debe comprender la educación y la comunicación, según las necesidades de cada persona. Esta es una actividad que permite que el paciente entienda la situación que experimenta y encuentre alternativas cognoscitivas, actitudinales y conductuales de cambio que favorezcan su bienestar físico y emocional (Pérez, Alvarado y Saravia, 1998).

El grupo interdisciplinario debe ser especializado en el saber científico y en la relación médico-paciente. El médico ha de respetar la confidencialidad del caso y evitar el estigma y la discriminación al paciente. Asimismo, explicarle todos los aspectos de su enfermedad, posibles tratamientos, efectos secundarios, efectividad y cualquier duda. Ante esto, debe existir un seguimiento activo del proceso de atención, monitoreo y evaluación de las intervenciones (Pérez, Alvarado y Saravia, 1998).

Proceso del manejo integral

Entrevista a Camilo para identificar sus miedos, creencias respecto al sexo y conductas desencadenantes de estas situaciones; conceptos sobre la enfermedad, manejos, efectos secundarios, y aclaración de dudas al respecto.

Exploración de su autoestima, de su estado emocional, de su nivel cognitivo, y de las consecuencias de sus comportamientos en los ámbitos sexual y legal, para así explicar-

le su responsabilidad sobre la salud física y emocional de terceros, clarificarle que un manejo a tiempo de la pedofilia puede evitarle problemas legales, y así lograr obtener su compromiso.

Búsqueda de apoyo por parte de familiares y amigos, pues es de gran ayuda para que el paciente conozca y afronte sus factores de riesgo y, también, para que cambie sus hábitos y su conducta. Explicar a la familia que la realización de la castración química trae a Camilo más riesgos que beneficios, y esclarecer todos los aspectos sobre la forma como funcionan las terapias psicoeducativas.

Una motivación de cambio es esencial. En cualquier tratamiento para pedofilia y pederastia debe existir una motivación de cambio por parte del paciente; en este caso, Camilo ha reiterado “que no quiere cometer un error”. Dicha motivación favorece los resultados de rehabilitación, sobre todo en este tipo de intervenciones psicoeducativas.

Después de las valoraciones iniciales, se podrá determinar un diagnóstico, un pronóstico, y un perfil de reinserción a la sociedad por parte del paciente. Trabajar en las bases terapéuticas como las distorsiones cognitivas, el desarrollo de empatía sobre las víctimas, el mejoramiento de su capacidad de relación personal, disminución de sus actividades y posibles preferencias sexuales, prevención de recaídas e intervención de los factores de riesgo dinámicos. Las sesiones de terapias individuales y grupales dependen de los resultados de las valoraciones anteriores. Todas estas actividades se pueden realizar ambulatoriamente —en el caso de Camilo— en un centro-día. Los objetivos de estos tratamientos son reeducar, rehabilitar y reinsertar a Camilo a la sociedad.

3. CONCLUSIONES

- En este estudio de caso se resalta la importancia de los Comités de Bioética y su papel protagónico en las instituciones de salud.
- La bioética debe ser reconocida e incluida en las instituciones de salud y hacer parte de la toma de decisiones desde lo clínico.
- La metodología de Diego Gracia favorece la toma adecuada de decisiones clínicas desde lo ético: humaniza y sensibiliza al equipo de salud.
- Es una herramienta que da una visión diferente a la atención médica, la cual el grupo de salud debiera conocer y aplicar sistemáticamente.

REFERENCIAS

1. Arroyo, J., Soto, E., Muñoz, M., Contreras, M. y Varela, J., (2012). Bloqueo androgénico en cáncer de próstata: revisión de la literatura. *Revista Mexicana de Urología*, 72(4), 182 - 196.
2. Becerra, J. (2009). Etiología de la pedofilia desde el neurodesarrollo: marcadores y alteraciones cerebrales. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 2(4), 190-196.
3. Canesto, D. (2018). *Exámenes medicolegales por presunto delito sexual. Forensis: Datos para la vida*, 19(1), 303 - 348. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Bogotá, Colombia: Imprenta Nacional de Colombia.
4. Congreso de Colombia. (27 de febrero de 2013). Por medio de la cual se establecen las disposiciones para garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad. [Ley Estatutaria 1618 de 2013]. DO: 48.717.
5. Congreso de Colombia. (5 de junio de 2009). Por la cual se dictan normas para la protección de personas con discapacidad mental y se establece el régimen de la representación legal de incapaces emancipados. [Ley 1306 de 2009]. DO: 43.370.
6. Corte Constitucional, Sala novena de revisión. (19 de octubre de 2016) Sentencia T - 573. [MP. Luis Ernesto Vargas Silva].
7. Douglas, T., Bonte, P., Focquaert, E., Devolver, K. y Sterckx, S. (2013). Coercion, incarceration, and chemical castration: An argument from autonomy. *Bioethical Inquiry*, 10, 393-405. doi: 10.1007/s11673-013-9465-4
8. Echeburúa, E. (2009). Introducción. En E. Echeburúa, J. Mena, M. García, J. Carles y S. Redondo (Eds), ¿Qué hacer con los agresores sexuales reincidentes? Barcelona: Fundación Víctor Grífols i Lucas.
9. Francese, M. (2011). *La castración química: Ética y deontología profesional* (Trabajo final de Investigación en Bioética). Instituto Juan Amos Comenio.
10. Franco, A. y Ramírez, L. (2015). Abuso sexual infantil: perspectiva clínica y dilemas ético-legales. *Revista Colombiana de Psiquiatría Epistemología, Filosofía de la Mente y Bioética*, 45(1), 51 - 58. doi: 10.1016/j.rp.2015.07.003
11. Fullana, M., Fernández, L., Bulbena, A. y Toro, J. (2011). Eficacia de la terapia cognitivo-conductual para los trastornos mentales. *Medicina Clínica*. doi: 10.1016/j.medcli.201102.017
12. García, M. (2009). Consideraciones sobre la respuesta penal ante la delincuencia sexual. En E. Echeburúa, J. Mena, M. García, J. Carles y S. Redondo (Eds), ¿Qué hacer con los agresores sexuales reincidentes? Barcelona: Fundación Víctor Grífols i Lucas.



13. Herrero, Ó. y Negredo, L. (2016). Evaluación del interés sexual hacia menores. *Anuario de Psicología Jurídica*, 26(1), 20 - 30. doi: 10.1016/j.apj.2016.04.007
14. Jiménez, R. (2016). Tratamiento de un caso de pedofilia desde la terapia de aceptación y compromiso (ACT). *Avances en Psicología Latinoamericana*, 34(3), 529 - 541. doi: 10.12804/apl34.3.2016.07
15. Kanters, S., Park, J., Chan, K., Socias, M., Ford, N., Forrest, J., Thorlund, K., Nachea, J. y Mills, E. (2017). Interventions to improve adherence to antiretroviral therapy: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet HIV*, 4(1), e31-e40. doi: 10.1016/S2352 - 3018(16)30206 - 5
16. Martínez, A. y Redondo, S. (2016). Etiología, prevención y tratamiento de la delincuencia sexual. *Anuario de Psicología Jurídica*, 26(1), 19-29. doi: 10.1016/j.apj.2016.04.003
17. McMillan, J. (2014). The kindest cut? Surgical castration, sex offenders and coercive offenders. *Revista Med Ethics*, 40, 583 - 590. doi: 10.1136/medethics-2012-101030
18. Mena, J. (2009). ¿Qué hacer con los agresores sexuales reincidentes? En E. Echeburúa, J. Mena, M. García, J. Carles y S. Redondo (Eds), ¿Qué hacer con los agresores sexuales reincidentes? Barcelona: Fundación Víctor Grifols i Lucas.
19. Ministerio de Salud y Protección Social (Minsalud), Organización Internacional para Migrantes (OIM). (2014). *Marco conceptual y normativo para el abordaje integral de las violencias Sexuales*. Bogotá D. C.
20. Navarro, J. (2009). Blanco y peludo. En E. Echeburúa, J. Mena, M. García, J. Carles y S. Redondo (Eds), ¿Qué hacer con los agresores sexuales reincidentes? Barcelona: Fundación Víctor Grifols i Lucas.
21. Peña, C. (4 de enero de 2019). Violencia sexual contra los niños en un cáncer: directora del ICBF. *El Tiempo*. Recuperado de <https://www.eltiempo.com/vida/educacion/entrevista-con-juliana-pungiluppi-directora-del-icbf-311232>
22. Pérez, G., Alvarado, F y Saravia, J. (1998). Protocolo de manejo integral para pacientes con VIH Sida. *Revista de la Facultad de Medicina*, 46(3), 148-155.
23. Política. (15 de junio de 2017). Avanzó propuesta de castración química voluntaria para violadores. *El Tiempo*. Recuperado de <https://www.eltiempo.com/politica/congreso/proponen-castracion-quimica-voluntaria-para-violadores-de-menores-99270>
24. Puerta, J. y Padilla, D. (2011). Terapia cognitivo - conductual (TCC) como tratamiento para la depresión: una revisión del estado del arte. *Duazary: Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud*, 8(2), 251 - 257.
25. Redondo, S. (2009). ¿Qué hacer con los agresores sexuales de alto riesgo? En E. Echeburúa, J. Mena, M. García, J. Carles y S. Redondo (Eds), ¿Qué hacer con los agresores sexuales reincidentes? Barcelona: Fundación Víctor Grifols i Lucas.
26. Redondo, S. (2012). *Programa de tratamiento educativo y terapéutico para agresores sexuales juveniles*. Madrid: Agencia de la Comunidad de Madrid para la Reeducción y Reinserción del Menor Infractor.
27. Sousa, M. y Fleury, E. (2014). Castración química en los casos de pedofilia: consideraciones bioéticas. *Revista de Bioética*, 22(2), 253-261. doi: 10.1590/1983-80422014222006