



Sexualidad en pacientes ingresados en instituciones psiquiátricas: Algunos aspectos éticos y legales

Juan Medrano

Magíster en Psiquiatría Legal
Servicios de Salud Mental de Alava

ÍNDICE

La visión de los trabajadores y de la familia	5
Los Riesgos	6
A) Riesgos Individuales: ETS y embarazo	6
B) Riesgo de abuso	7
La Responsabilidad	7
Actuaciones posibles	9
El rechazo a la sexualidad de los pacientes	9
Contracepción	10
Esterilización	11
Medicación antilibidinal	11
Políticas que asuman las relaciones sexuales	12
Bibliografía	20

El sr A es un paciente esquizofrénico crónico de 38 años de edad, ingresado en un hospital psiquiátrico desde hace más de un año. Actualmente está próximo al alta, que se retrasa pero por falta de un medio adecuado y de recursos económicos. En un ingreso previo mantuvo relaciones sexuales consentidas con una mujer de 45 años. La sra B es una mujer de 32 años, afecta de esquizofrenia, que ha ingresado por una reactivación alucinatorio – delirante. Tras una insuficiente mejoría ha sido trasladada a una unidad de media estancia. Fue consumidora de drogas por vía parenteral y padece una infección VIH. No recibe medicación contraceptiva ni está esterilizada.

El personal de enfermería es informado por otro paciente de que el sr A y la sra B han mantenido relaciones sexuales completas en el sótano. Se aborda a los dos pacientes, que inicialmente niegan haber mantenido relaciones, y posteriormente las reconocen, al tiempo que revelan que han tenido otros contactos previamente, todos ellos no protegidos. Según parece la iniciadora de los contactos ha sido la sra B, y hay dudas sobre si su actuación puede entenderse en el marco de su sistema delirante.

Se plantean diversos problemas: ¿Hay que informar al sr A del riesgo de contagio de VIH? En caso de que la sra B esté embarazada, ¿cuál debe ser la actuación de la institución? ¿Estamos ante un caso de agresión sexual? ¿Debería denunciarse al sr A? ¿Cuál es la responsabilidad del hospital en el caso? ¿Han de tomarse medidas disciplinarias con los pacientes?

oOoOoOoOoOoOo

La actividad sexual de los pacientes ingresados en hospitales plantea dificultades y dilemas a los centros y los profesionales. Tal vez el primer problema sea que hay que pensar en ella. Hasta hace relativamente pocos años los medios académicos y científicos han ignorado la vida sexual de los pacientes psiquiátricos, aunque la mayor parte de los profesionales con cierta experiencia pueden contar algún episodio relacionado que les ha deparado dificultades. Una de las posibles explicaciones para el olvido puede ser que la sexualidad de los enfermos mentales representaba un tabú, pero como certeramente señalan Bellone y colaboradores¹, también las manifestaciones sexuales del resto de la población han sido un tabú. También podría invocarse al desinterés sexual ligado a la apatía de los pacientes psicóticos crónicos, o al

efecto deletéreo que los psicofármacos, y los antipsicóticos en particular, tienen sobre la esfera sexual^{2,3}.

A pesar de esta negación, y siempre que no se trate de manifestaciones patológicas (parafilias, masturbación compulsiva) la vida sexual de los enfermos mentales tiene una evidente importancia como manifestación instintivo-pulsional o medio para aumentar y potenciar la calidad de vida del individuo. Tres son las patologías en las que más se ha estudiado esta dimensión: la psicosis crónica, el retraso mental y la demencia.

En los enfermos psicóticos crónicos es frecuente la dificultad para entablar relaciones, la disfunción sexual iatrógena o primaria y la existencia de formas de expresión inadecuada de la sexualidad⁴; como consecuencia, tienen un menor interés por el sexo, mantienen menos relaciones y obtienen una menor satisfacción de sus actividades sexuales. Estas características son más pronunciadas en pacientes con institucionalización prolongada y una psicopatología acentuada⁵.

La maduración sexual biológica de las personas con retraso mental es similar a la de los adolescentes no deficientes. Una parte importante son activos sexualmente incluso en edades precoces (en un estudio, 50% de las adolescentes con retraso leve y 30% de las que presentan retraso moderado)⁶. Por último, contrariamente a la idea de que la sexualidad del demente es impulsiva y en cierta manera desbocada, la realidad parece ser que estos pacientes se caracterizan precisamente por la apatía y la falta de iniciativa⁷, en tanto que para los enfermos que la mantienen, la actividad sexual -coital o no- representa una posibilidad de comunicación y una forma de gratificación y calidad de vida compensatoria de las pérdidas en otras dimensiones de su existencia⁸.

La expresión de la sexualidad de los enfermos, obviamente, tiene lugar allá donde se encuentren, lo que incluye a las instituciones psiquiátricas, aunque en la línea de la negación clásicamente se ha subestimado la frecuencia de la actividad sexual de y entre los pacientes hospitalizados. Se estima que entre el 1,5 y el 5% de los pacientes hospitalizados mantienen relaciones sexuales⁹. Hay acuerdo respecto a que son más frecuentes en hospitales de media y larga estancia, pero dos estudios centrados en instituciones de corta estancia encuentran cifras llamativamente altas. El primero, publicado en 1977 (hablaba de que el 3% de los pacientes exhibía

conductas sexuales manifiestas (entendiendo como tales relaciones sexuales, besos, masturbación pública y “conductas heterosexuales”)¹⁰. Un estudio posterior encontró una incidencia del 10,7% de relaciones (de las cuales dos terceras partes tenían un componente “físico”); en el 75% de los casos las relaciones eran consentidas¹¹. Según estos trabajos los diagnósticos más frecuentes eran trastorno de la conducta alimentaria, trastorno bipolar y trastorno de personalidad. Desde el punto de vista demográfico las características más habituales eran estado civil soltero, edad de 15 a 29 años y orientación heterosexual.

En pacientes de larga estancia, una encuesta encontró que un 48% de la muestra eran sexualmente activos (la conducta sexual más prevalente era la masturbación, seguida a distancia de las relaciones heterosexuales y, con una prevalencia mucho menor, por las relaciones homosexuales). Los restantes atribuían su inactividad sexual a desinterés, impotencia, falta de pareja sexual o, finalmente, a que no contaban con un lugar adecuado para ello¹².

Finalmente, el clásico esquema de atención psiquiátrica hospitalaria (estancias muy prolongadas en unidades con pacientes del mismo sexo) podría favorecer la homosexualidad situacional. Así lo sugiere un trabajo realizado en Formosa en el que un 16.8% de los pacientes encuestados habían mantenido durante su hospitalización relaciones homosexuales, cuyo carácter situacional parece cierto, ya que la inmensa mayoría de ellos había tenido relaciones heterosexuales previas al ingreso¹³.

El “descubrimiento” de la actividad sexual de los pacientes se ha acompañado del reconocimiento del papel que la misma tiene en la vida de los pacientes. La actividad sexual se asume como un derecho, que expresa la autonomía y dignidad del enfermo mental y que además tiene plasmación en su calidad de vida, apuntándose, por ejemplo, que los pacientes esquizofrénicos con una sexualidad gratificante se muestran más satisfechos de la vida. En tanto que expresión de la calidad de vida, la sexualidad no es sólo un derecho del enfermo, sino que al tiempo nace para el médico el deber de respetarla y facilitarla^{1,14}, y no hay disposiciones legales que limiten el derecho de los pacientes a mantener relaciones sexuales, aunque estén incapacitados o el ingreso haya sido involuntario. También en el caso de las

personas con retraso mental se plantea la sexualidad como una parte importante de la integridad de la persona e incluso como un derecho humano¹⁵.

Ahora bien, cuando se trata de pacientes ingresados el médico y la institución tienen también el deber de proteger a los pacientes frente a posibles abusos, frente a una parentalidad no planificada y frente al contagio de enfermedades de transmisión sexual, al tiempo que han de procurar un entorno terapéutico y consistente. Pueden así surgir conflictos éticos y a complicaciones legales que vista la frecuencia de la actividad sexual de los pacientes ingresados se deben reconocer y afrontar y, en la medida de lo posible, prevenir^{14, 16}.

La visión de los trabajadores y de la familia

En la actitud de los profesionales hacia la actividad sexual de los pacientes influyen múltiples factores, como la propia opinión y vivencia de la sexualidad, las creencias y principios religiosos o el temor a complicaciones legales. También varía la opinión en función de la conducta sexual de que se trate. Según la escasa bibliografía al respecto, por lo general se toleran los besos y la masturbación (si no es en público), así como las relaciones heterosexuales siempre que sean consentidas y en la intimidad. Se concede, por lo tanto, un gran valor a la privacidad, que parece más determinante de la actitud de los trabajadores que el consentimiento, el tipo de relación sexual o el sexo del iniciador. Resulta difícil, en cualquier caso, encontrar una respuesta *afinada* a la sexualidad de los enfermos, por lo que en ocasiones pueden reprimirse algunas actuaciones (afectándose a los derechos del paciente), mientras que otras veces puede haber una cierta pasividad ante comportamientos sexuales abusivos^{7,17,18}.

En las instituciones para personas con retraso mental la actitud de los profesionales parece orientarse hacia la represión de la actividad sexual¹⁹, mientras que entre quienes atienden a personas con demencia, los puntos de vista difieren, de manera que en un mismo equipo pueden coexistir trabajadores que rechazan las actuaciones sexuales de los pacientes, y otros que las apoyan e incluso fomentan²⁰.

No es menos importante la opinión de la familia. Bellone y colaboradores¹ realizaron una encuesta entre los padres de un grupo de pacientes psicóticos crónicos, encontrando que casi un 60% de quienes respondieron consideraban que la actividad sexual mejora la calidad de vida de los pacientes y es un aspecto a trabajar en la rehabilitación del enfermo mental. Los padres consideraban que los pacientes eran capaces de utilizar el preservativo y situaban su mayor preocupación en el riesgo de embarazo; tal vez por este motivo se inclinaban como método contraceptivo por la esterilización (sobre todo los padres de *enfermas*). Los autores concluyen que existe una disociación entre la idea que tienen los padres de lo que ha de ser la vida sexual de los enfermos y su capacidad de concretar esta idea en la práctica.

La actitud de los padres hacia la sexualidad de las personas con retraso mental está condicionada por el temor, en primer lugar, a que sus hijos sean objeto de abuso por parte de terceras personas, en segundo lugar, al embarazo y a la incapacidad de los pacientes para ejercer la parentalidad y, finalmente, a la posibilidad de que los descendientes, si los hay, presenten defectos genéticos²¹. Este triple temor hace que se muestren reacios a cualquier expresión de sexualidad en sus hijos o en los compañeros de éstos. Finalmente, las familias de los dementes tienen grandes dificultades para afrontar la actividad sexual del enfermo en la institución geriátrica, por tratarse de una conducta nueva y con una pareja sexual, cuando existe, también nueva. Es pues, un comportamiento generalmente carente de toda relación o referencia con la biografía previa, por lo que los familiares tienden a rechazar la expresión sexual²².

Los Riesgos

A) Riesgos individuales: ETS y Embarazo

En los años más negros de la epidemia VIH se publicaron en los EEUU diversos trabajos en los que se ponía en evidencia la elevada tasa de seropositividad de los enfermos mentales, en particular, los esquizofrénicos^{23,24,25}. Asimismo, se describió que las conductas de riesgo de contagio del VIH eran muy frecuentes entre los pacientes psiquiátricos^{26,27,28,29}.

No parece descabellado pensar que en nuestro medio haya también una prevalencia significativa de infección VIH entre las personas que ingresan en centros psiquiátricos, lo que supone que las relaciones sexuales desprotegidas podrían transmitir la infección.

Otra consecuencia de la actividad heterosexual es el embarazo que, como se ha visto, despierta grandes temores en las familias, cuando existen, y suscita problemas éticos en torno a la capacidad de la madre (y en las ocasiones en que es identificado, del padre) para ejercer la parentalidad. No es desdeñable la preocupación por el riesgo futuro de enfermedades mentales, en línea con el interés actual por la genética de las enfermedades mentales. El escaso uso de medidas contraceptivas³⁰, por parte de mujeres y varones contribuye al elevado riesgo de parentalidad no planificada entre los pacientes psicóticos.

B) Riesgo de abuso

Las relaciones sexuales deben ser libres y consentidas, puesto que en otro caso nos encontraríamos ante alguna forma de abuso o agresión sexual. La bibliografía alerta sobre el hecho de que relaciones aparentemente libres son en realidad fruto de la coerción o de la intimidación, cuando no un mecanismo para obtener dinero, tabaco o drogas³¹. Es por lo tanto importante determinar si una relación entre dos pacientes es consentida, o, lo que es lo mismo, si las dos personas que toman parte en ella son capaces de consentirla.

La responsabilidad

Las relaciones sexuales no consentidas constituyen una agresión sexual. El artículo 178 del vigente Código Penal castiga el atentado contra la libertad sexual de otra persona, con violencia o intimidación, que será más castigada en los supuestos de violación (Artículo 179) o cuando la víctima sea especialmente vulnerable, por razón de su edad, enfermedad o situación (Artículo 180, 1. 1ª). Asimismo, el artículo 181.2 califica como “abusos sexuales no consentidos los que se ejecuten sobre menores de trece años, sobre personas que se hallen privadas de sentido o de cuyo trastorno mental

se abusare”. Así pues, cabe la posibilidad de que la relación sexual entre dos pacientes pueda constituir un delito en función de las circunstancias en que haya tenido (coacción, amenaza, violencia).

Cabe la posibilidad de que tratándose de dos personas ingresadas se considere que el iniciador y potencialmente condenable por violación está exento de responsabilidad criminal. Los supuestos que con mayor probabilidad podrían invocarse ante una relación sexual abusiva entre pacientes son el 20.1º, que se refiere a quien “al tiempo de cometer la infracción penal, a causa de cualquier anomalía o alteración psíquica, no pueda comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión” y el 20.2º, sobre quien “al tiempo de cometer la infracción penal se halle en estado de intoxicación plena por el consumo de bebidas alcohólicas, drogas tóxicas, estupefacientes, sustancias psicotrópicas u otras que produzcan efectos análogos, siempre que no haya sido buscado con el propósito de cometerla o no se hubiese previsto o debido prever su comisión, o se halle bajo la influencia de un síndrome de abstinencia, a causa de su dependencia de tales sustancias, que le impida comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión”.

Ahora bien, aunque no fuera considerado exento de responsabilidad criminal, sería civilmente responsable, ya que el Artículo 118.1 del Código Penal establece que “la exención de la responsabilidad criminal declarada en los números 1º, 2º, 3º, 5º y 6º del artículo 20, no comprende la de la responsabilidad civil”. La responsabilidad civil, además, puede afectar al hospital, ya que el 118.1.1º establece que junto con la persona declarada exenta de responsabilidad criminal son también civilmente responsables “los tengan bajo su potestad o guarda legal o de hecho, siempre que haya mediado culpa o negligencia por su parte y sin perjuicio de la responsabilidad civil directa que pudiera corresponder a los imputables”. Con independencia de que los pacientes estén o no incapacitados, o que el ingreso sea voluntario o involuntario, el hospital ejerce una guarda de hecho³² sobre el agresor (y también sobre la víctima) que crea una responsabilidad civil.

Otro aspecto a considerar es la responsabilidad que podría tener el centro en el contagio de una enfermedad de transmisión sexual (en particular de la infección VIH), sobre todo si era conocedor de la seropositividad. Las

consideraciones sobre los deberes de guarda y protección de los pacientes ingresados parecen oportunas también en este terreno.

Actuaciones posibles

El rechazo a la sexualidad de los pacientes

Una primera posibilidad de actuación, continuista con lo que ha venido siendo la línea tradicional de las instituciones psiquiátricas, es la prohibición de los contactos sexuales en la institución. Esta opción podría fundamentarse desde presupuestos beneficentistas – paternalistas (protección del paciente o de los pacientes), o de principios, si se entiende que las relaciones sexuales distorsionan el clima terapéutico de la unidad. Sin embargo, esta medida requiere una justificación cuidadosa si tenemos en cuenta que conlleva una limitación de los derechos de los pacientes.

Una primera justificación la impone el medio. No pueden compararse las unidades de agudos a las de corta y media estancia. En las primeras se atiende a personas cuya situación psicopatológica es más precaria, y durante periodos cada vez más reducidos. Esto supone, por una parte, que puede suponerse que la capacidad para consentir eficazmente una relación sexual estará más afectada en los pacientes de unidades de agudos que en los que se encuentran en centros de media y larga estancia. Además, en las unidades de agudos la brevedad de la estancia implica que la abstinencia forzada será de corta duración, y esta medida tendría continuidad y coherencia en el marco de una normativa que impone de forma explícita unos horarios, la asistencia a determinadas actividades o la prohibición de fumar, sin que a nadie llame la atención este régimen. Los dos argumentos (protección genérica y brevedad de la medida) pueden justificar sólidamente una política de restricción absoluta de las relaciones sexuales en las unidades de agudos^{9,31}.

Para el caso de que se descubriera una relación sexual deberían preverse mecanismos que permitieran valorar si es consentida (y si no lo fuese, y pudiera constituir un delito, la actitud a tomar) y también habría que prever un protocolo para determinar si ha habido embarazo o infección venérea.

Existe una laguna en este planteamiento en la forma de los permisos que habitualmente se conceden a los pacientes ingresados en unidades de agudos. Cabe la posibilidad de que en estas salidas (de duración variable, y que pueden abarcar varios días) el paciente lleve a cabo actuaciones sexuales constitutivas de delito, de las que el centro podría ser considerado responsable. A este respecto hay que recordar que los permisos deben tener siempre una dimensión terapéutica o de ensayo de alta, justificada adecuadamente en la historia clínica. Además, como medida preventiva de autoagresiones, sólo habría que conceder estos permisos si el paciente va a disfrutar de un adecuado apoyo y seguimiento en las horas o días que permanezca fuera del hospital. Salvo circunstancias excepcionales, el paciente nunca debería salir solo, y sería necesario contar con el acuerdo o consentimiento de sus familiares, de modo que éstos se comprometieran a apoyarle y supervisarle. Este consentimiento familiar podría ser verbal (quedando en todo caso reflejado en la historia clínica) o escrito según las circunstancias o a criterio del centro.

En las unidades de media y larga estancia concurren varios factores que deben tenerse en cuenta. En primer lugar, la estancia es más prolongada, con lo que la abstinencia sexual forzada no puede justificarse con el criterio de brevedad de la medida. En segundo lugar, la sintomatología es menos aguda y no es descartable la posibilidad de que los pacientes puedan consentir eficazmente mantener relaciones sexuales. Por último, las medidas de seguridad y la dotación de personal son menores que en las unidades de agudos, lo que dificulta que pueda aplicarse con garantías una política de abstinencia forzada. En estos dispositivos, probablemente, sea más realista diseñar una política que contemple que las relaciones sexuales son un hecho más real que probable e intente conjugar los derechos de los pacientes con una minimización de los riesgos para los implicados... y para la institución (ver más adelante).

Contracepción

Una forma de prevenir en parte los riesgos de las relaciones sexuales entre pacientes es el uso de los fármacos contraceptivos. Dejando al margen que el uso concomitante con anovulatorios puede aumentar la toxicidad de los

neurolépticos, o los posibles inconvenientes de las presentaciones inyectables, y la toxicidad de estos productos, debe plantearse si es un tratamiento que pueda aplicarse sin consentimiento de la paciente. En este sentido no son aplicables las justificaciones del tratamiento antipsicótico involuntario, ya que la finalidad de éste es directamente terapéutica, lo cual no puede decirse de los anovulatorios. Por otra parte, no puede negarse de antemano que la paciente pueda decidir sobre planificación familiar³³.

Si se propone un tratamiento preventivo con anovulatorios, por lo tanto, será necesario el consentimiento informado de la paciente o, si no puede prestarlo, deberá recabarse el consentimiento por representación de su representante legal o, si lo tuviera, de las personas a ella vinculadas, según lo estipulado por el artículo 9.3 de la [Ley 41/2002](#).

Esterilización

Esta técnica, que recuerda siempre las páginas más negras de la historia de la Psiquiatría por evocar automáticamente su vinculación a la Alemania Nazi, fue introducida en los EEUU hace aproximadamente un siglo con una finalidad eugenésica³⁴. En nuestra legislación, aunque existe la posibilidad de limitar el derecho a la procreación a través de la esterilización, este procedimiento sólo puede llevarse a cabo si es consentido. Si no hay posibilidad de consentimiento, es precisa la incapacitación previa. Es precisa una autorización judicial, así como la demostración de que la intervención redundará en el interés del incapaz³⁵. En otras palabras, la finalidad no será eugenésica sino el beneficio del incapaz. En la práctica, la esterilización se practica con mucha mayor frecuencia en mujeres y desde el punto de vista diagnóstico, en el retraso mental.

Medicación antilibidinal

Estos tratamientos pueden estar justificados en determinadas circunstancias y grupos de pacientes (por ejemplo, en la desinhibición o agresividad sexual, que no responda a otras medidas, de personas con demencia o retraso mental). Existe una creciente experiencia clínica en la desinhibición sexual en la demencia^{36,37}, pero no se han realizado ensayos clínicos aleatorizados. Se han empleado antiandrógenos, estrógenos,

progestágenos y agonistas de la LH-RH. Debe tenerse en cuenta que son medicamentos con efectos secundarios que imponen la necesidad de una monitorización³⁸ y de una serie de controles estrictos. La ciproterona es probablemente el fármaco más accesible y más utilizado. La dosis eficaz es habitualmente inferior a 200 mg/ día (4 comprimidos) repartidos en dos dosis. Más inocuos son los ISRS, cuya interferencia con la función sexual es conocida³⁹.

En la medida en que pueda argumentarse que la actividad sexual que se pretende controlar con estos medicamentos es sintomática y consecuencia directa de la enfermedad, su uso no sería muy problemático. Sin embargo, puede no ser tan sencillo vincular la manifestación conductual a la enfermedad. No debe olvidarse, por otra parte, que el empleo de estos productos se apoya en sus efectos colaterales y no esencialmente terapéuticos. En definitiva, no deberían emplearse sin consentimiento del paciente (o, si es el caso, de su representante legal o allegados).

Por último, no debe pasarse por alto la acción antilibidinosa colateral de los antipsicóticos. Algunos de ellos producen elevadas hiperprolactinemias⁴⁰, por lo que su inhibición de la actividad sexual, al menos teóricamente, será mayor. Desde este punto de vista, y siempre que la conducta sexual sea sintomática y no se someta con ello a un riesgo desproporcionado de efectos secundarios, podría contemplarse la posibilidad de sustituir el antipsicótico previo por otro que produzca un mayor incremento de la prolactina.

Políticas que asuman las relaciones sexuales

En los últimos años diferentes instituciones norteamericanas han elaborado “políticas” de actuación que parten de que la constatación de que la actividad sexual dentro de las instituciones es una realidad^{4,9,12,14,16,31}. Los elementos comunes de estas “políticas”, de aplicación esencialmente en centros de media y larga estancia, tienen una serie de elementos comunes. Plantean, como que los pacientes tienen derecho a la intimidad sexual. Sobre esta base, la institución debe considerar la conducta sexual y las necesidades de los pacientes desde su mismo ingreso, recogiendo la historia y

antecedentes sexuales. Cuando se conozca que un paciente ha mantenido relaciones abusivas o dudosas en otro ingreso, se realizará una supervisión y control estrecho. Como conducta sexual individual, se acepta la masturbación siempre que tenga lugar en espacios íntimos.

En cuanto a las relaciones sexuales, en las que hay más de una persona implicada, la institución debe proteger a los pacientes de los daños que puedan derivarse de ellas, pero se reconoce el derecho a la privacidad, a la información y educación sexual y a la planificación familiar, así como al despistaje de enfermedades venéreas.

La actividad sexual será aceptada, pero debe verificarse que los pacientes tienen una adecuada formación y educación, por lo que se les exige previamente la asistencia a cursos impartidos en el propio centro. En principio se considera a los pacientes capaces para consentir relaciones sexuales. Si hay indicios de que no lo son, se valorará su capacidad para consentir relaciones sexuales, y si se encuentra que son incapaces se emprenderán medidas para la promoción de la capacidad (revisión del tratamiento, psicoeducación).

Se investigarán las posibles agresiones sexuales, así como las posibles motivaciones no consensuales (relaciones sexuales a cambio de dinero, drogas, etc). Asimismo, se establecen protocolos de actuación ante posibilidad de contagio de VIH y se establecen mecanismos de asistencia y apoyo a las repercusiones emocionales de las relaciones y de su ruptura.

El establecimiento de unos principios rectores para abordar la sexualidad de los pacientes en los hospitales puede parecer utópico, y sin duda está jalonado de dificultades. También debe tenerse en cuenta que de una manera u otra pretenden establecer un marco a una actividad, la sexual, lo que trae consigo, siguiendo a Dupras⁴¹, un doble riesgo. Por un lado, la postura paternalista de considerar a todos los enfermos irresponsables y vulnerables, lo que impone que deba controlarse su vida sexual con el pretexto de protegerlos, estableciendo unas condiciones de capacidad para consentir que tal vez no cumpla buena parte de la población general. La tentación moralista llevarían a que la "política" de cada centro se erigiera en una especie de código de vida sexual.

Debe considerarse también el riesgo de que la fase “preparativa”, que conlleva una formación y educación sobre sexualidad, tropiece con las dificultades que plantea la sintomatología cognitiva de los enfermos psicóticos crónicos^{4,12}. Se correría así el riesgo de frustrar a los pacientes y confrontarles con sus discapacidades.

El ritmo de implantación de estas “políticas” en Norteamérica es desigual, y los autores que han dedicado su esfuerzo a esta cuestión insisten en que lejos de constituir un riesgo para las instituciones, contar con una política sobre relaciones sexuales de los pacientes representa una protección frente a litigios mucho más sólida que no disponer de ella. Posiblemente este razonamiento sea aplicable a nuestro medio.

Otra cuestión es si más allá de la protección frente a denuncias estas medidas serían factibles en nuestro medio. Posiblemente representan un cambio muy importante para el que tal vez no esté preparado nuestro clima social y asistencial. Por este motivo sería necesario un adecuado y prolongado trabajo previo de sensibilización de personal y familiares.

Merece la pena, con todo, hacer hincapié en algunos aspectos. El primero es el de la capacidad para consentir relaciones sexuales. Las pautas al respecto son un tanto ambiguas. Mossman, apoyándose en la jurisprudencia al respecto (que en su mayoría se refiere a personas con retraso mental) establece tres estándares o criterios:

- 1.- Comprensión de la naturaleza de la actividad (relaciones sexuales)
- 2.- Comprender la naturaleza de la actividad y sus consecuencias prácticas
- 3.- Comprender la naturaleza de la actividad, sus consecuencias prácticas y su significado moral y social.

Orientarían en esta valoración aspectos tales como apreciación de los riesgos. Se trata de valorar no sólo hasta qué punto el paciente se percata de que como consecuencia de su actividad sexual puede haber una parentalidad no planificada, o una enfermedad de transmisión sexual, sino también una ruptura sentimental o una separación en función de que uno de los dos miembros de la pareja deje la institución. Una detenida consideración de estos criterios muestra que como en muchos otros juicios de capacidad o competencia, no puede decirse a priori que una determinada patología o

estado mental conlleve automáticamente incapacidad para consentir relaciones sexuales.

Para el caso de adultos afectos de retraso mental, en los que podría presuponerse una mayor necesidad de protección, la American Association of Mental Retardation propone que deben cumplirse estos criterios⁴²:

- Edad adulta
- Muestra conciencia y orientación respecto a persona, tiempo, lugar y el acontecimiento de que se trate
- Posee un conocimiento básico de las actividades sexuales
- Posee capacidad para participar de manera segura en actividades sexuales (comprende cómo y por qué se puede utilizar un determinado método de planificación familiar)
- Comprende las responsabilidades físicas, psicológicas y legales que entraña el embarazo
- Conoce la existencia de enfermedades de transmisión sexual y cómo prevenirlas
- Tiene conciencia de las implicaciones legales de las conductas sexuales ilegales (agresión y abuso, pedofilia, explotación sexual, etc)
- Puede darse cuenta de cuándo se están infringiendo los derechos de otras personas
- Sabe que el que otra persona le diga no significa que debe detener su aproximación (es decir, comprende que siempre es inadecuado tener relaciones con alguien que dice no o se resiste de cualquier otra manera)
- Sabe en qué circunstancias son correctas las diferentes actuaciones sociales (es decir, sabe que hay lugares y momentos distintos para actividades como bailar, besarse o tener una relación sexual plena)
- No permite que su pareja se aproveche de su discapacidad
- Sabe cuándo los participantes en la relación están de acuerdo en llevarla a cabo
- No está explotando a otra persona con un nivel de funcionamiento inferior al suyo

- Expresa respuestas comprensibles a las experiencias de la vida (es decir, puede relatar adecuadamente lo que sucede)
- Es capaz de diferenciar la realidad de la fantasía o de las mentiras
- Es capaz de expresar valores individuales
- Puede ejecutar sus opciones después de un proceso de valoración
- Puede identificar y reconocer los sentimientos que expresan los demás, ya sea de forma verbal o no verbal
- Expresa emociones coherentes con la situación sexual de que se trata
- Es capaz de rechazar aproximaciones no deseadas de manera que puede protegerse de la explotación sexual
- Identifica y utiliza espacios privados para el ejercicio de las actividades íntimas
- Es capaz de pedir ayuda o de denunciar aproximaciones no deseadas o situaciones de abuso sexual.

Finalmente, Lichtenberg^{43,44} ha propuesto un esquema para la valoración de la capacidad para consentir relaciones sexuales en personas con demencia que parte de la exclusión de todos los individuos con un MMSE inferior a 15 puntos y establece los siguientes pasos:

1. Conciencia o conocimiento de la relación por el paciente
 - a) ¿Es consciente el paciente de quién inicia la relación?
 - b) ¿Cree el paciente que la otra persona es su cónyuge y por lo tanto acepta la relación por un problema de identificación, o es consciente de la identidad de la otra persona?
 - c) ¿Puede expresar el paciente el nivel de intimidad sexual con el que se sentiría más cómodo?
2. Capacidad del paciente para evitar ser explotado
 - a) La conducta sexual en la que participa el paciente, ¿es consistente con sus valores y creencias previas?
 - b) ¿Tiene el paciente la capacidad de rechazar o negarse a participar en una relación sexual no deseada?
3. Conciencia de los posibles riesgos

- c) ¿Se da cuenta el paciente de que la relación puede ser limitada en el tiempo? (por traslado a otra unidad, por ejemplo)
- d) ¿Puede explicar el paciente cómo reaccionará cuando termine la relación?

Otro aspecto que debe considerarse a propósito de las “políticas” es la actuación en caso de que se descubra una relación en la que uno de los dos miembros de la pareja padece una infección VIH y el otro miembro lo desconoce. La revelación de la seropositividad implica un alto de secuelas emocionales y de desconfianza futura en la relación asistencial⁴⁵. Sin embargo, es evidente que aun debe actuarse ante la posibilidad de que haya habido contacto y, ciertamente, aunque no se informe directamente de la seropositividad, cualquier medida que se tome (en particular, el estudio serológico y más aún la instauración profilaxis antirretroviral en la pareja, si se dan las condiciones para su establecimiento) suponen una revelación de hecho.

También se detienen las “políticas” en las actuaciones a tomar ante una posible violación. Estas incluyen la recogida de muestras y la posibilidad de formular una denuncia. La idea de denunciar una conducta de un paciente es incómoda para cualquier sanitario, aflorando la idea de traición a la confianza del paciente. Ahora bien, debe recordarse que no hay una obligación de confidencialidad respecto a los posibles actos delictivos del paciente y sí existen obligaciones para con los demás pacientes o para con la sociedad. Otra cuestión es que desvelar la existencia de un delito puede, secundariamente, acarrear una responsabilidad civil, bien por denuncia de la perjudicada, bien –como hemos visto- en virtud del artículo 118 del Código Penal si el autor es considerado incompetente.

Si como consecuencia de la actividad sexual, consentida o no, sobreviene un embarazo, habrá que tener en cuenta que aunque la paciente haya ingresado de forma involuntaria esto no descarta que pueda tomar la decisión de proseguir o no con el embarazo^{46, 47}. Si opta por continuarlo podría ser necesario modificar o suspender el tratamiento medicamentoso por sus posibles efectos teratogénicos. Si opta por lo segundo, al menos en teoría podría acogerse hasta a los tres supuestos previstos por la ley, si fue una relación no consentida y se presentó denuncia. En todo caso, debe evitarse la

coerción y, en lo posible, preservar a la paciente de presiones indebidas de otras personas (familiares, en particular).

OooOoOoOoOoOoOoOo

Volviendo al caso descrito al comienzo, la sra B podría haber quedado embarazada (con riesgo de transmisión vertical de VIH) tras una relación sexual que por tener lugar durante un ingreso psiquiátrico por descompensación psicótica podría considerarse como no consentida. El sr A podría haber contraído la infección VIH. Y el centro podría haberse encontrado con una situación muy compleja y con la soga de una denuncia al cuello.

Debería valorarse la relación fue genuinamente consentida o no. El estado psicopatológico de la sra B es orientativo, pero no indicativo de incapacidad para consentir una relación y, por lo tanto sin una valoración detenida no puede afirmarse que el sr A abusó o tomó ventaja de la situación de su pareja. Se debería realizar un estudio serológico al sr A y podría considerarse un tratamiento profiláctico, lo que de hecho supondría revelar el status serológico de su pareja. Si se hubiera producido un embarazo, habría sido necesario considerar el tratamiento medicamentoso de la sra B, y darle un tiempo y el apoyo suficiente, no directivo ni coercitivo, para que tomara una decisión sobre la continuación o interrupción de la gestación. La institución podría tener dificultades si no consigue demostrar que su posición (si existía) frente a las posibles relaciones sexuales entre pacientes estaba fundamentada, y el hecho de que el sr B fuera "reincidente" podría sugerir unos cuidados y una supervisión deficientes.

Afortunadamente, el caso de los srs A y B no sólo es infrecuente, sino imaginario. Sin embargo, no es excepcional y es recomendable prevenirlo de la manera que sea. La restricción de la sexualidad es una medida razonable y prudente en centros de pacientes agudos y corta estancia, pero en centros de media y larga estancia podría ser necesario considerar si están justificadas otras alternativas y desarrollarlas de una manera juiciosa, que huya de las tentaciones paternalista y moralista, pero también de un autonomismo desenfocado. Pero, a modo de resumen y parafraseando a Buckley y Hyde¹⁴, debemos tener presente que la actividad sexual en los hospitales psiquiátricos

es una realidad que tenemos que afrontar y no esconder la cabeza como un avestruz.

-
- ¹ Bellone M, Debrock M, Alexandre J-Y. Les parents de patients psychotiques face à la sexualité de leur enfant. *Inf Psychiatr* 2001; 77: 916-923.
- ² Arana GW. An overview of side effects caused by typical antipsychotics. *J Clin Psychiatry* 2000; 61 Suppl 8: 5-11 [[Abstract](#)].
- ³ Bobes J, García-Portilla MP, Rejas J, *et al.* Frequency of sexual dysfunction and other reproductive side-effects in patients with schizophrenia treated with risperidone, olanzapine, quetiapine, or haloperidol: the results of the EIRE study. *J Sex Marital Ther* 2003; 29: 125-47 [[Abstract](#)].
- ⁴ Welch S, Meagher J, Soos J, Bhopal J. Sexual behavior of hospitalized chronic psychiatric patients. *Hosp Community Psychiatry* 1991; 42: 855-6 [[Abstract](#)].
- ⁵ Lyketos GC, Sakka P, Mailis A. The sexual adjustment of chronic schizophrenics: a preliminary study. *Br J Psychiatry* 1983; 143: 376-82 [[Abstract](#)].
- ⁶ Valenti – Hein D, Dura JR. Sexuality and sexual development. En: Jacobson JW y Mulick JA. *Manual of diagnosis and professional practice in mental retardation*. Washington DC: American Psychological Association, 1996, pp 301-310
- ⁷ Bozzola FG, Gorelick PB, Freels S. Personality changes in Alzheimer's disease. *Arch Neurol* 1992; 49:297-300 [[Abstract](#)].
- ⁸ Flores Colombino A. Conducta sexual en la patología demencial; en Salvarezza L (compilador): *La vejez. Una mirada gerontológica actual*. Buenos Aires: Paidós SAICF, 1998; pp 233-242
- ⁹ Ford E, Rosenberg M, Holsten M, Boudreaux T. Managing sexual behavior on adult acute care inpatient psychiatric units. *Psychiatr Serv* 2003; 54: 346-50 [[Abstract](#)].
- ¹⁰ Akhtar S, Crocker E, Dickey N, Helfrich J, Rheuban WJ. Overt sexual behavior among psychiatric inpatients. *Dis Nerv Syst* 1977; 38:359-61.
- ¹¹ Keitner GI, Baldwin LM, McKendall MJ. Copatient relationships on a short-term psychiatric unit. *Hosp Community Psychiatry* 1986; 37: 166-70 [[Abstract](#)].
- ¹² Welch SJ, Clements GW. Development of a policy on sexuality for hospitalized chronic psychiatric patients. *Can J Psychiatry* 1996; 41: 273-9 [[Abstract](#)].
- ¹³ Bai YM, Huang Y, Lin CC, Chen JY. Emerging homosexual conduct during hospitalization among chronic schizophrenia patients. *Acta Psychiatr Scand* 2000; 102: 350-3 [[Abstract](#)].
- ¹⁴ Buckley PF, Hyde JL. State hospitals' responses to the sexual behavior of psychiatric inpatients. *Psychiatr Serv* 1997; 48: 398-9 [[Abstract](#)].
- ¹⁵ Ailey SH, Marks BA, Crisp C, Hahn JE. Promoting sexuality across the life span for individuals with intellectual and developmental disabilities. *Nurs Clin North Am* 2003; 38: 229-52 [[Abstract](#)].
- ¹⁶ Buckley PF, Robben T. A content analysis of state hospital policies on sex between inpatients. *Psychiatr Serv* 2000; 51: 243-5 [[Abstract](#)].
- ¹⁷ Trudel G, Desjardins G. Sexualité en milieu psychiatrique. *Can J Psychiatry* 1994; 39: 421-8 [[Abstract](#)].
- ¹⁸ Commons ML, Bohn JT, Godon LT, Hauser MJ, Gutheil TG. Professionals' attitudes towards sex between institutionalized patients. *Am J Psychother* 1992; 46: 571-80 [[Abstract](#)].
- ¹⁹ Trudel G, Desjardins G. Staff reaction toward the sexual behaviors of people living in institutional settings. *Sex Disabil* 1992; 10: 173-187
- ²⁰ Harris L, Wier M. Inappropriate sexual behavior in dementia: A review of the treatment literature. *Sex Disabil* 1998; 16: 205-217 [[Abstract](#)].
- ²¹ Valentin – Hein D, dura JR. Sexuality and sexual development. En Jacobson JW, Mulick JA. *Manual of diagnosis and professional practice in mental retardation*. Washington DC: American Psychological Association, 1996, pp 301-301
- ²² Shermann B. *Sex, intimacy and aged care*. London: Jessica Kingsley, 1998
- ²³ Cournos F, Empfield M, Horwath E, McKinnon K, Meyer I, Schrage H, Currie C, Agosin B. HIV seroprevalence among patients admitted to two psychiatric hospitals. *Am J Psychiatry* 1991; 148:1225-1230 [[Abstract](#)].
- ²⁴ Sacks M, Dermatis H, Looser-Ott S, Perry S. Seroprevalence of HIV and risk factors for AIDS in psychiatric inpatients. *Hosp Community Psychiatry* 1992; 43: 736-7.
- ²⁵ Empfield M, Cournos F, Meyer I, *et al.* HIV seroprevalence among homeless patients admitted to a psychiatric inpatient unit. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 47-52 [[Abstract](#)].

-
- ²⁶ Baker DG, Mossman D. Potential HIV exposure in psychiatrically hospitalized adolescent girls. *Am J Psychiatry* 1991; 148:528-530 [[Abstract](#)].
- ²⁷ Kelly JA, Murphy DA, Bahr GR, *et al.* AIDS/HIV risk behavior among the chronic mentally ill. *Am J Psychiatry* 1992; 149: 886-889 [[Abstract](#)].
- ²⁸ Baker DG, Mossman D. Potential HIV exposure in psychiatrically hospitalized adolescent girls. *Am J Psychiatry* 1991; 148:528-530 [[Abstract](#)].
- ²⁹ Kalichman SC, Kelly JA, Johnson JR, Bulto M. Factors associated with risk for HIV infection among chronic mentally ill adults. *Am J Psychiatry* 1994; 151: 221-227 [[Abstract](#)].
- ³⁰ Coverdale JH, Schotte D, Ruiz P, Pharies S, Bayer T. Family planning needs of male chronic mental patients in the general hospital psychiatry clinic. *Gen Hosp Psychiatry* 1994; 16: 38-41 [[Abstract](#)].
- ³¹ Mossman D, Perlin ML, Dorfman DA. Sex on the wards: Conundra for clinicians. *J Am Acad Psychiatry Law* 1997; 25: 441-60 [[Abstract](#)].
- ³² De Salas Murillo. Responsabilidad Civil e Incapacidad. La responsabilidad civil por daños causados por personas en las que concurre causa de incapacitación. Valencia: Tirant lo Blanch, 2003
- ³³ Coverdale JH, Bayer TL, McCullough LB, Chervenak FA. Respecting the autonomy of chronic mentally ill women in decisions about contraception. *Hosp Community Psychiatry* 1993; 44: 671-4 [[Abstract](#)].
- ³⁴ Maslow J. Mental ills and Bodily cures. Psychiatric treatment in the first half of the twentieth century. Berkeley: University of California Press, 1997
- ³⁵ Seoane JA. La esterilización de incapaces en el derecho español. A Coruña: Fundación Paideia, 1996
- ³⁶ Brown FW. Case Report: Sexual Aggression in Dementia. *Ann Long-Term Care* 1998; 6: 248 [[Artículo](#)].
- ³⁷ Hashmi FH, Krady AI, Qayum F, Grossberg GT. Sexually Disinhibited Behavior in the Cognitively Impaired Elderly. *Clinical Geriatrics* 2000; 8: 61-68 [[Artículo](#)].
- ³⁸ Reilly DR, Delva NJ, Hudson RW. Protocols for the use of cyproterone, medroxyprogesterone, and leuprolide in the treatment of paraphilia. *Can J Psychiatry*. 2000; 45: 559-563 [[Artículo](#)].
- ³⁹ Gregorian RS, Golden KA, Bahce A, Goodman C, Kwong WJ, Khan ZM. Antidepressant-induced sexual dysfunction. *Ann Pharmacother* 2002; 36: 1577-89 [[Abstract](#)].
- ⁴⁰ Hamner M. The effects of atypical antipsychotics on serum prolactin levels. *Ann Clin Psychiatry* 2002;14: 163-73 [[Abstract](#)].
- ⁴¹ Dupras A. La sexualité en institution psychiatrique: Les avantages et les limites d'une politique. *Inf Psychiatr* 1998; 74: 693-698 [[Abstract](#)].
- ⁴² Stavis PF, Walker-Hirsch LW. Consent to sexual activity. En Dinerstein RD, Herr SS, O'Sullivan JL. A guide to consent. Washington DC: American Association of Mental Retardation, 1999, pp 57-67.
- ⁴³ Lichtenberg PA, Strzepek DM. Assessments of institutionalized dementia patients' competencies to participate in intimate relationships. *Gerontologist* 1990; 30: 117-20 [[Abstract](#)].
- ⁴⁴ Lichtenberg PA. Clinical perspectives on sexual issues in nursing homes. *Top Geriatr Rehabil* 1997; 12: 1-10.
- ⁴⁵ Perry S. Warning third parties at risk of AIDS: APA's policy is a barrier to treatment. *Hosp Community Psychiatry* 1989; 40: 158-61 [[Abstract](#)].
- ⁴⁶ De Nesnera A, Grandfield S, Cummings K, Bryant E. Abortion: a psychiatric patient's right to choose. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 2000;38: 9-12 [[Abstract](#)].
- ⁴⁷ Mahowald M, Abernethy V. When a mentally ill woman refuses abortion. *Hastings Cent Rep* 1985; 15: 22-3 [[Abstract](#)].