

**HERMANAS HOSPITALARIAS
DEL SAGRADO CORAZON DE JESUS**

**ÉTICA EN LA CONDUCTA SEXUAL DE
LOS PACIENTES ATENDIDOS EN LOS
CENTROS DE
HERMANAS HOSPITALARIAS DEL
SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS.
PROVINCIA CANONICA DE PALENCIA**

PRV.DOCM.0030 / Rev. 01

ÉTICA EN LA CONDUCTA SEXUAL DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN LOS CENTROS"
DE HERMANAS HOSPITALARIAS DEL SCJ. Provincia canónica de Palencia

SUMARIO

1 **Presentación.**

D. José Pablo Toquero
Director General de Centros

2 **Declaración institucional**

Sor Natividad Urdín
Superiora provincial

3 **ANEXOS**

3.1. Marco jurídico

3.2. El método de análisis de la bioética.

D^a Mabel Marijuan
Doctora en Medicina
Master en Bioética
Profesora de la Universidad de País Vasco

3.3. Ética cristiana.

- A) Una palabra cristiana sobre la sexualidad
- B) Enfermos mentales. Líneas cristianas de máxima.

D. José Román Flecha
Catedrático de Moral Fundamental
Universidad Pontificia de Salamanca
Asesor de la Provincia

3.4. Las relaciones afectivas, emocionales, sexuales de los pacientes atendidos en nuestros Centros.

D. Germán Baraibar
Médico Psiquiatra.
Hospital Aita Menni. Mondragón

3.5. Evaluación de la competencia en el Paciente Psiquiátrico.

3.6. Procedimiento de elaboración del Protocolo de actuación ante los comportamientos sexuales.

3.7. Sexualidad en la enfermedad de Alzheimer.

D. Manuel Martín
Médico Psiquiatra
Director Médico de los centros de
Pamplona y Elizondo
Coordinador Asistencial de la Provincia

1

P R E S E N T A C I Ó N

ÉTICA EN LA CONDUCTA SEXUAL DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN LOS CENTROS DE HERMANAS HOSPITALARIAS DEL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS.

PROVINCIA CANÓNICA DE PALENCIA

D. José Pablo Toquero
Director General de Centros

1. PRESENTACIÓN

Este documento es resultado de la reflexión de los miembros de la Comisión Provincial de Bioética en torno al tema “sexualidad y su expresión” en la tarea asistencial. El punto de partida es el reconocimiento de la sexualidad como una dimensión importante en el desarrollo del ser humano.

"La sexualidad es un elemento básico de la personalidad; un modo propio de ser, de manifestarse, de comunicarse con los otros, de sentir, expresar y vivir el amor humano. Por eso es parte integrante del desarrollo de la personalidad y de su proceso educativo".

Somos conscientes de que las actitudes sociales en este campo han experimentado una notable evolución en las últimas décadas. A lo largo de la historia de la cultura occidental, la consideración moral de la sexualidad ha estado muy ligada al lugar ocupado por las propias emociones. En la medida en que cobraron fuerza tradiciones que identificaban felicidad y razón, o sabiduría y anulación de emociones, la sexualidad era sometida a la estigmatización de actividad pecaminosa, reprobable o inevitable pero contraria a la virtud. Siempre ha pervivido, con mayor o menor influencia social, una línea de pensamiento que identificaba felicidad, salud, ejercicio templado de las emociones, y las pulsiones biológicas, entre ellas la sexualidad. Es a partir de los siglos XVII y XVIII, cuando las emociones

comienzan a ser reivindicadas como dimensiones constitutivas y esenciales del ser humano. Los sentimientos pasan a tener una función positiva en la humanización de las personas. Descartes y Hume son claros exponentes de este movimiento.

La consideración moral de los sentimientos y del placer sensible corren en paralelo, y en la actualidad el concepto de bienestar, no se entenderían sin referencia a la valoración subjetiva y a la experiencia de satisfacción o placer. Por otro lado, el reconocimiento del principio de autonomía en ética ha propiciado un paso paulatino de éticas heterónomas a éticas autónomas. La gestión del cuerpo, la salud y la sexualidad pasan a ser decisión de cada persona de acuerdo con sus valores.

Los avances científicos, por otra parte, han permitido una separación de sexualidad y reproducción lo que ha propiciado el desarrollo separado de éticas de la sexualidad y la reproducción respectivamente.

Nuestra Institución que cuida a personas cuya capacidad para decidir puede estar disminuida, tiene en cuenta los aspectos que caracterizan a la realidad social circundante y que resumimos de la siguiente manera:

- Se ha producido una diferenciación entre sexualidad humana en sentido amplio (masculinidad y feminidad) y sexualidad en sentido reducido (genitalidad);
- y entre sexualidad (sentido reducido) y procreación.

- La vida sensible y el placer son valores en alza.
- La persona debe intervenir en los procesos de decisión en la medida de sus capacidades.

Estos cambios y la actual situación nos han invitado a elaborar la presente reflexión que ha sido realizada desde la perspectiva propia de la Institución que tiene una raíz humanista, cristiana y hospitalaria.

La finalidad que motiva este trabajo es ofrecer a los profesionales de nuestra Provincia un primer marco de orientación que facilite la deliberación en aquellas situaciones en que se planteen dudas sobre cuáles han de ser sus actitudes o conductas. No habrá de ser visto como un recetario, ni debe sustituir a la reflexión que los equipos han de seguir haciendo cada vez que se les plantee alguna de estas situaciones.

Los conceptos “protección frente al abuso”, “capacidad para el consentimiento”, “derecho a las manifestaciones afectivas”, “valoración positiva de la sexualidad” y “comportamiento ético” serán ejes vertebradores del texto.

El elemento central del documento es la DECLARACIÓN INSTITUCIONAL, donde se exponen los principios o criterios que han de guiar a los profesionales a la hora de tomar decisiones respecto a las manifestaciones de la conducta afectivo sexual de los pacientes atendidos en los Centros de las Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús en la provincia canónica de Palencia.

Se incluye un ANEXO que contiene las reflexiones hechas en la Comisión Provincial de Bioética y que pretende servir de orientación o apoyo en el abordaje de diferentes situaciones o problemas concretos.

Por una parte se ha tenido en cuenta la legislación vigente que estamos obligados a conocer y cumplir y por otra el método de la bioética expuesto de forma sintetizada pero que puede servir de referente en la deliberación de casos concretos que haya que manejar. Además se expone la visión de la ética cristiana de la sexualidad. Ésta ofrece motivaciones específicas a una ética sexual de cuño humanista ya que las acciones son buenas o malas no en razón de la adscripción creyente del sujeto, sino de la dignidad humana, común a las personas con independencia de su fe.

Se trata el tema de las relaciones afectivas, emocionales, sexuales de los enfermos atendidos en nuestros Centros, y se repasan las posibles situaciones que se les pueden presentar a los profesionales que atienden a dichos pacientes.

Y por último se incluye un capítulo sobre la Evaluación de la competencia en el Paciente Psiquiátrico, un Procedimiento de elaboración del Protocolo de actuación ante los comportamientos sexuales, y un estudio sobre la “Sexualidad en la enfermedad de Alzheimer”.

Este trabajo es punto de referencia orientador para los que tenéis que enfrentaros con situaciones como las indicadas, y debe completarse con vuestra experiencia y

reflexión. De ahí nuestra invitación a que lo leáis, lo reflexionéis, lo apliquéis y lo mejoréis.

El ejercicio de la Hospitalidad, como superior valor institucional, requiere no sólo abordar esta materia, sino realizar el abordaje con la misma disposición de entrega y servicio que tenemos en cualquiera de nuestras actividades, y con el especial cuidado que el tema precisa por la cercanía con la dignidad e intimidad de cada paciente y de todos en su conjunto.

Palencia 30 de octubre de 2005.

José Pablo Toquero
Director General de Centros

2

DECLARACIÓN INSTITUCIONAL

Natividad Urdín
Superiora provincial

2. DECLARACIÓN INSTITUCIONAL

MIRADA HISTORICA

El ser humano es un ser físico, psíquico, social, emocional, espiritual, y sexual, y para sentirse bien necesita tener integradas todas estas dimensiones. Por eso cuando enferma psíquicamente necesita ser tratado de forma integral; sin embargo lo habitual ha sido que la sexualidad se quedase fuera del proceso terapéutico.

Sexualidad en Instituciones psiquiátricas

La sexualidad que es un elemento básico de la personalidad, ha tenido en cada época una visión socio-cultural-religiosa distinta y una forma diversa de ser abordada.

Durante el siglo XIX y gran parte del siglo XX, en los hospitales psiquiátricos, se mantuvo una separación estricta de sexos, y una represión de las manifestaciones explícitas de la sexualidad. Dicha separación se basaba en las teorías del daño que podía deparar la expresión sexual incontrolada en la evolución de la enfermedad.

Hoy en los estudios existentes sobre la sexualidad de pacientes crónicos psiquiátricos hospitalizados, se resalta el hecho de la prevalencia de la actividad sexual en enfermos mentales graves. Esto lleva a verificar que:

Existe actividad sexual en el ámbito de la enfermedad mental que debe ser tenido en cuenta.

En dicha situación de enfermedad mental, hay una mayor prevalencia de abuso sexual.

Por lo tanto, en personas que sufren enfermedad mental, se da un mayor riesgo de padecer enfermedades de transmisión sexual, y de tener conductas sexuales problemáticas o perturbadoras hacia otros pacientes.

El tratamiento psiquiátrico farmacológico influye directamente en la conducta sexual.

Ante este hecho las tendencias generales de las instituciones son o la laxitud o la represión

A partir de la década de los setenta, del siglo XX, se produce un cambio importante en el abordaje que se hace de este tema en las instituciones psiquiátricas, debido a la evolución de los conocimientos sobre la persona humana, y, más concretamente, al conocimiento sobre el desarrollo de la sexualidad. Se propicia el establecimiento de unas condiciones de vida, dentro de los Centros, similares lo más posible a la vida de la sociedad; en ellos se atiende tanto a hombres como a mujeres; y se favorece la desinstitucionalización de los pacientes.

Un análisis de la situación en los Centros de la Provincia de Palencia pone de relieve que hasta ahora se ha mantenido una situación similar a la general en los centros psiquiátricos de nuestro entorno, y que, también de acuerdo con la evolución general, ha

llegado el momento de pronunciarse de forma más definida sobre la política institucional acerca de la sexualidad de los pacientes que atendemos.

Reseña histórica de nuestra Institución

Antes de tratar sobre los principios de la Institución en la dimensión de la sexualidad humana, efectuamos una referencia al origen de la Congregación de Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús y al modo de abordar este tema en los Centros de dicha Congregación.

La Congregación de Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús fue fundada en 1881 por San Benito Menni, M^a Josefa Recio y M^a Angustias Giménez. Su origen está vinculado a las carencias que existían en aquel momento en la atención a los enfermos mentales, y especialmente a las mujeres aquejadas de trastornos psíquicos.

Fueron muchos los factores que influyeron en el ánimo de Menni para que fundara la Congregación siendo determinante la separación de sexos en los establecimientos psiquiátricos de aquella época. Él mismo se lo contaba a Julio Chevalier, sacerdote francés, en una carta escrita en diciembre de 1882 en la que le dice:

“... la fundación de la Institución de las Hermanas de la Caridad, bajo la advocación de Hijas de Ntra. Sra. del

Sagrado Corazón de Jesús,¹ llenó una necesidad social, puesto que en los tiempos actuales se van multiplicando de manera alarmante las enfermedades mentales y, si hay enfermos que necesiten estar asistidos por personas que, reconociendo en ellos a la viva imagen de Jesucristo (...), son de un modo especial los que no disfrutaban cabalmente del inapreciable uso de la razón.

Pero era de todo punto imposible que los Hermanos de San Juan de Dios asistieran por sí mismos a las personas enajenadas del otro sexo; era, pues, preciso que una Congregación religiosa de Hermanas Hospitalarias asistiera a las de su sexo, en establecimientos completamente distintos de los que tuvieran los Hermanos de San Juan de Dios, y así completasen esta obra de misericordia: pues no era justo dejar al sexo débil sin la caritativa asistencia religiosa en sus enfermedades mentales.

En consecuencia hice cuantas diligencias me fueron posibles para hallar en España una Congregación de Hermanas que quisieran dedicarse a levantar por cuenta propia Manicomios particulares, conforme lo requería el caso, más fue inútilmente.”²

Menni se encuentra pues, por una parte con la dedicación de los Hermanos de San Juan de Dios a la atención exclusiva de varones, y por otra con la carencia de religiosas que quieran administrar

¹ Este era el primitivo nombre de la Congregación de Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús.

² Biografía Documentada, por D. Manuel Martín, 1919 Pags. 167 – 168.

establecimientos propios; tampoco existe ninguna Congregación religiosa que tenga por finalidad específica la atención a enfermos mentales.

A esto se añaden razones de justicia, como se lee en sus escritos: si la misma escasez de recursos se daba para hombres que para mujeres, podía ser injusto limitar su labor a pacientes masculinos.

Otro factor que influyó de forma especial fue el requerimiento de las Diputaciones. Menni quería crear manicomios privados buscando luego conciertos con las Diputaciones para atender a los enfermos a cargo de éstas. Pero estos organismos condicionaban la encomienda de los pacientes, a la exigencia de que también se hiciera cargo de la atención a las mujeres.

En concreto el primer biógrafo de Menni hace mención de los problemas con la Diputación de Madrid.

“De otro lado, los buenos servicios prestados a los enfermos habían decidido a la Diputación Provincial de Madrid a entregarle sus enfermos de la mente para que los cuidase en su casa de Ciempozuelos, pero le exigía que se encargase de las mujeres (lo que era muy puesto en razón), que de otra suerte no le entregarían a los hombres”.³

El motivo por el que Menni crea manicomios privados, era porque tenía su propia forma de entender la asistencia, y de esta manera la podía poner en práctica.

³ Op. cit. Manuel Martín, . Pag. 166

Así al determinar la finalidad del Instituto (nº 3 Constituciones 1882) dice que para una buena asistencia psiquiátrica es necesaria una dedicación específica y práctica. Señala claramente que la especialización psiquiátrica no es únicamente necesaria para los médicos, sino también para el personal asistencial y de enfermería.

Entiende que la atención ha de tener tres notas, que son acordes con las exigencias de la Congregación y también con la sociedad de entonces:

- el respeto (el paciente como imagen de Jesucristo)
- el cuidado y
- la protección.

Es el tipo de atención que se ha venido prestando en los Centros de la Congregación a lo largo de los años.

Para su comprensión hay que tener presente el contexto en el que se vivía. En él las relaciones están definidas. La moral católica es la que rige en los Centros, como corresponde a una Institución de la Iglesia Católica, y donde los pacientes, casi en su totalidad son católicos. Con los principios y las normas claras, la aplicación a la realidad era relativamente fácil.

En una sociedad más plural, los problemas y las soluciones a los mismos son también más plurales; esta misma afirmación podemos hacer para nuestros Centros.

La Institución, movida por el espíritu, que le dio origen, de ayudar al necesitado, desea formular unos principios y líneas de actuación que orienten de modo actualizado la atención a esta dimensión de la vida de los pacientes.

PRINCIPIOS DESDE LA HOSPITALIDAD

Institucionalmente somos sensibles a esta realidad de la sexualidad humana y queremos comprometernos en ofrecer la respuesta institucional más acertada; esto nos exige tener unos criterios claros y comunes que podamos aplicar en las diferentes situaciones.

Recordamos aquí la visión fundamental de nuestra misión. Nuestra Institución acoge a todos los pacientes como hermanos, sin distinción de raza, religión, ideología o clase social; les presta una asistencia integral (const. 62) que une ciencia y humanización, valora y atiende a la persona en todas sus dimensiones (Direct. 62.2) y también tiene en cuenta los derechos y deberes de los enfermos.

De acuerdo con este carácter propio de la Institución:

- a) Consideramos a la persona que sufre como el centro de la acción hospitalaria.
- b) Reconocemos que la sexualidad es un elemento básico de la personalidad y que el proceso madurativo/ curativo del enfermo psiquiátrico no puede prescindir de ella.

- c) Definimos la identidad de nuestra Institución con los valores que se sintetizan en la Hospitalidad y entre ellos los propuestos para la dimensión de la sexualidad son:
1. El respeto a la dignidad de la persona.
 2. La defensa de sus derechos.
 3. El cuidado del carácter humano de los distintos comportamientos sexuales.
 4. La promoción y desarrollo de la ética en esta dimensión.
- d) Afirmamos que nuestros Centros son y se definen como Centros católicos, donde se promueve el mensaje evangélico, y se guían por los principios de la ética católica.

LINEAS DE ACTUACIÓN

Como queda dicho las actitudes sociales en este campo han experimentado una notable evolución en las últimas décadas y ello nos ha llevado a realizar una reflexión sobre este asunto y a formular las siguientes líneas de actuación que los profesionales de los Centros de la Provincia canónica de Palencia han de tener en cuenta cuando se encuentren ante situaciones que requieran su intervención.

1. Por la especial significación de esta materia tenemos que ser sensibles hacia el respeto de los derechos del paciente, y hacia el deber de cuidado que nos es exigible en nuestra Institución.

2. La valoración de la capacidad referida a las decisiones sobre la propia sexualidad ha de incorporarse al proceso de valoración general de las capacidades de cada paciente.
3. La aplicación de las consecuencias de dicha valoración se tendrá en cuenta en el tratamiento o en las medidas que el Centro debe adoptar y constará en la historia de cada paciente.
4. La seguridad de los pacientes ante cualquier forma de ofensa, abuso o explotación, incluso la sexual, es un principio básico de funcionamiento de los Centros. Ante el abuso el grado de tolerancia será cero.
5. Las políticas en esta materia constarán por escrito y serán conocidas en todos los Centros.
6. Las instrucciones redactadas en cada Centro estarán adaptadas a la realidad asistencial de las áreas correspondientes
7. La aplicación de los principios de la bioética y de la hospitalidad será dialogada. El diálogo deberá proporcionar, con la experiencia, una maduración a la respuesta de actuación.

Proponemos estas líneas para potenciar, en la dimensión de la sexualidad, una actividad asistencial con sentido hospitalario que respeta a la persona del paciente y protege al más débil.

3

A N E X O S

3.1

MARCO JURÍDICO

3.1 MARCO JURIDICO

Las principales normas relativas a la conducta sexual de personas afectadas por alguna incapacidad, estén éstas en régimen abierto o cerrado, pretenden en primer lugar protegerlas del abuso: las normas que se refieren a los incapaces buscan sobre todo equilibrar la situación de desigualdad de hecho que tienen estas personas, con una especial protección jurídica que asegure y promueva en lo posible su capacidad en términos de justicia.

Este nivel de protección se efectúa por la ley, castigando penalmente al que abuse o se aproveche del incapaz, o prohibiendo civilmente que se pongan límites que vulneren la dignidad y los derechos fundamentales de estas personas; la ley en estos supuestos es coherente con la tradición jurídica continental.

Sin embargo, la ley está menos desarrollada en lo que se refiere a la promoción y eliminación de obstáculos que hagan efectiva y real la igualdad de estas personas como ciudadanos y con el resto de los ciudadanos: la ley es clara y concreta en lo que refiere a prohibiciones que garanticen el núcleo constitucional de la igualdad y

la libertad de los incapaces, pero no ocurre lo mismo cuando se trata de ejercitar esos derechos y libertades⁴.

CONSTITUCIÓN ESPAÑOLA DE 1978

En una sociedad democrática, todas las personas tienen derecho a que su dignidad y libertad sean protegidas por la Ley y los Poderes públicos⁵. Así lo reconoce nuestra Constitución para todos los españoles, sin discriminación por razón de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social. Los artículos 14, 15 y 18 de la Constitución Española garantizan el derecho a la vida y a la intimidad, sin que nadie y en ningún caso pueda ser sometido a actos degradantes o inhumanos.

La base del texto constitucional se recoge en el artículo 10: “La dignidad de la persona, los derechos inviolables que le son inherentes, el libre desarrollo de la personalidad, el respeto a la ley y a los derechos de los demás, son fundamento del orden político y de la paz social”. Todas estas normas relativas a los derechos fundamentales y a las libertades que la Constitución reconoce, se interpretan de conformidad con la Declaración Universal de Derechos Humanos y los tratados y acuerdos internacionales sobre estas materias.

⁴ Esta situación jurídica es predicable tanto para personas capaces como incapaces, pero tiene más dificultad en el supuesto de los segundos.

⁵ Constitución española, artículos 1, 9 y 10.

EL CODIGO PENAL⁶

La legislación penal es el nivel más potente que el Estado de Derecho ofrece como protección de un bien jurídico, en este caso, el bien jurídico es la libertad sexual referido a personas incapaces⁷ con causa en enfermedad mental o similar.

¿Qué y cuáles son las agresiones sexuales? Jurídicamente, en el vigente Código Penal, se distinguen básicamente dos tipos de ataque a la libertad sexual, y por tanto, dos delitos:

1.- Agresión sexual: Consiste en el ataque a la libertad sexual de una persona sin consentimiento de la misma y mediando violencia o intimidación; tradicionalmente se denominaba “violación” y suponía la penetración del pene en la vagina, el ano, o la boca. Ahora se considera agresión sexual cuando la violación o el ataque a la libertad sexual concreto de que se realiza por la vía de la fuerza o de la intimidación, agravándose cuando la víctima no está en el uso de sus facultades (bien por una minusvalía psíquica, bien por un trastorno mental), o cuando es menor de 13 años.

2.- Abusos sexuales: Se refiere este concepto a la vulneración de la libertad sexual de una persona, ataque de cualquier tipo, sin consentimiento de ella, **siempre que no medie la violencia o intimidación.**

⁶ Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal.

⁷ Incapaces en su acepción jurídica, e incapaces también entendido en cuanto incompetentes.

Obsérvese que el concepto legal es diferente del común: se denomina agresión, cuando existe ataque a la libertad sexual, con utilización de violencia o intimidación para evitar la falta de consentimiento; y se denomina abuso sexual cuando no hay ni violencia ni intimidación. Y este concepto legal es independiente de que el ataque sexual consista en violación o exhibicionismo, es decir, el concepto no depende de la intensidad del ataque a la libertad sexual, sino que esta intensidad hará que la pena de prisión sea mayor o menor, según el caso.

El Código también regula nuevas formas de atentado contra la libertad sexual (**acoso sexual** cuando el ataque se produce existiendo una relación laboral, docente o de prestación de servicios continuada), o las formas tradicionales (**estupro, prostitución, corrupción de menores, exhibicionismo**).

Así lo anterior, los *artículos 178 y siguientes* del Código Penal tratan de los “**delitos contra la libertad e indemnidad sexuales**”, castigando como responsables **de agresión sexual** a todos aquellos que atentaren contra la libertad sexual de otra persona, con violencia o intimidación, con penas que, según la gravedad del ataque, pueden suponer 12 años de prisión.

Incluso, las anteriores conductas serán castigadas con penas de prisión mayor (hasta 15 años), si concurre alguna de las siguientes circunstancias de tipo agravante:

1ª Cuando la violencia o intimidación ejercidas revistan un carácter particularmente degradante o vejatorio.

2ª Cuando los hechos se cometan por la actuación conjunta de dos o más personas.

3ª Cuando la víctima sea especialmente vulnerable, por *razón de su edad, enfermedad o situación*, y, en todo caso, cuando sea menor de trece años.

4ª Cuando, para la ejecución del delito, el responsable se haya prevalido de una relación de superioridad o parentesco, por ser ascendiente, descendiente o hermano, por naturaleza o adopción, o afines, con la víctima.

5ª Cuando el autor haga uso de armas u otros medios igualmente peligrosos, susceptibles de producir la muerte o alguna de las lesiones previstas en los Artículos 149 y 150 de este Código, sin perjuicio de la pena que pudiera corresponder por la muerte o lesiones causadas.⁸

También el Código castiga los **abusos sexuales**, entendidos como “el que sin violencia o intimidación y sin que medie consentimiento, realizare actos que atenten contra la libertad o indemnidad sexual de otra persona; y directamente determina en el artículo 181.2 que se consideran que no hay consentimiento si el abuso se ejecuta sobre menores de trece años, sobre personas que se hallen privadas de sentido o de cuyo trastorno mental se abusare. Y en modo equivalente, en

⁸ Especialmente pueden darse las agravantes 3ª y 4ª en el caso de incapaces.

el apartado 3, “La misma pena se impondrá cuando el consentimiento se obtenga prevaleándose el responsable de una situación de superioridad manifiesta que coarte la libertad de la víctima”.

El Código Penal sanciona también el estupro⁹, el acoso sexual¹⁰, el exhibicionismo y la provocación sexual¹¹, la prostitución y la corrupción de menores¹² - incluyendo la pornografía-. En estos casos, el Código considera más grave el delito cuando en las acciones la víctima es *especialmente vulnerable, por razón de su edad, enfermedad o situación*, es decir, cuando la víctima es un incapaz o similar¹³. Y así, la situación de estar una persona “encargada “ de otra, sea de hecho o

⁹ Código penal, artículo 183.

¹⁰ Código penal, artículo 184: hay delito de acoso si se solicitan “favores de naturaleza sexual, para sí o para un tercero, en el ámbito de una relación laboral, docente o de prestación de servicios, continuada o habitual, y con tal comportamiento provocare a la víctima una situación objetiva y gravemente intimidatoria, hostil o humillante”; se agrava el delito y la sanción si el acoso se comete estando “prevaleándose de una situación de superioridad laboral, docente o jerárquica, o con el anuncio expreso o tácito de causar a la víctima un mal relacionado con las legítimas expectativas que aquella pueda tener en el ámbito de la indicada relación”.

¹¹ Código penal, artículo 185.

¹² Código penal, artículo 187.

¹³ El artículo 189.5 del Código Penal prevé, por ejemplo, que “el que tuviere bajo su potestad, tutela, guarda o acogimiento a un menor de edad o incapaz y que, con conocimiento de su estado de prostitución o corrupción, no haga lo posible para impedir su continuación en tal estado, o no acuda a la autoridad competente para el mismo fin si carece de medios para la custodia del menor o incapaz, será castigado con la pena de prisión de tres a seis meses o multa de seis a 12 meses”.

de derecho, se convierte en una agravante del delito (salvo que forme parte misma del hecho sancionable).

Los delitos aquí descritos pueden cometerse directamente, mediante hechos positivos, o se pueden cometer por inacción del sujeto responsable: “los delitos o faltas que consistan en la producción de un resultado sólo se entenderán cometidos por omisión cuando la no evitación del mismo, al infringir un especial deber jurídico del autor, equivalga, según el sentido del texto de la Ley, a su causación. A tal efecto se equiparará la omisión a la acción:

Cuando exista una específica obligación legal o contractual de actuar.

Cuando el omitente haya creado una ocasión de riesgo para el bien jurídicamente protegido mediante una acción u omisión precedente”¹⁴.

Es decir, si se infringe un “especial deber jurídico” consistente en proteger para que no ocurran tales hechos delictivos, y no se cumple con ese deber de vigilancia, se puede incurrir en infracción penal “como si se hubiera realizado el hecho”¹⁵.

¹⁴ Código Penal, artículo 10.

¹⁵ Conforme sean los hechos, la gravedad será mayor o menor, pudiendo ser calificado como delito o falta (si el hecho es menos grave o leve), tal y como se tipifica en el Código Penal. Tanto en los delitos de acción como en los de omisión se exige culpabilidad en el responsable (es decir, que éste actúe con algún grado de dolo o negligencia).

Los responsables criminalmente de un delito o falta pueden ser autores cómplices. Según el Código Penal, son autores quienes realizan el hecho por sí solos, conjuntamente o por medio de otro del que se sirven como instrumento; también serán considerados autores los que inducen directamente a otro u otros a ejecutarlo o los que cooperan a su ejecución con un acto sin el cual no se habría efectuado. Son cómplices los que, no siendo autores, cooperan a la ejecución del hecho con actos anteriores o simultáneos¹⁶.

LA RESPONSABILIDAD CIVIL.

El Código Penal y las leyes especiales, además del Código civil con carácter general¹⁷, prevén la reparación del daño causado, como consecuencia del delito¹⁸. En efecto, la ejecución de un hecho descrito por la Ley como delito o falta obliga a reparar, en los términos previstos en las Leyes, los daños y perjuicios por él causados, incluyendo tanto la indemnización de daños materiales como morales, y tanto para la víctima

¹⁶ Código Penal, artículos 27, 28 y 29.

¹⁷ El artículo 1.902 del Código civil señala que “el que por acción u omisión causa daño a otro, interviniendo culpa o negligencia, está obligado a reparar el daño causado”; y el 1.903 indica que la obligación antedicha “es exigible, no sólo por los actos u omisiones propios, sino por los de aquellas personas de quienes se debe responder (...) Los tutores lo son de los perjuicios causados por los menores o incapacitados que están bajo su autoridad y habitan en su compañía. Lo son igualmente los dueños o directores de un establecimiento o empresa respecto de los perjuicios causados por sus dependientes en el servicio de los ramos en que los tuvieran empleados, o con ocasión de sus funciones”.

¹⁸ Código Penal, artículos 109 y ss.

como a sus familiares o terceros si también les alcanza el perjuicio.

Además los partícipes en un delito o falta (autores, inductores...), son civilmente responsables en diferentes niveles de exigencia:

- Las empresas aseguradoras que asuman el riesgo del uso o explotación de cualquier bien, empresa, industria o actividad, cuando se produzca el evento (hasta los límites legales o pactados, sin perjuicio del derecho de repetición contra quien corresponda).
- Los que tengan bajo su potestad o guarda legal o de hecho a los partícipes, siempre que haya mediado culpa o negligencia por su parte ¹⁹.
- Las personas naturales o jurídicas, en los casos de delitos o faltas cometidos en los establecimientos de los que sean titulares, cuando por parte de los que los dirijan o administren, o de sus dependientes o empleados, se hayan infringido los reglamentos de policía o las disposiciones de la autoridad que estén relacionados con el hecho punible cometido, de

¹⁹ Incluso, son responsables civiles los padres o tutores, por los daños y perjuicios causados por los delitos o faltas cometidos por los mayores de dieciocho años sujetos a su patria potestad o tutela y que vivan en su compañía, siempre que haya por su parte culpa o negligencia.

modo que éste no se hubiera producido sin dicha infracción²⁰.

- Las personas naturales o jurídicas dedicadas a cualquier género de industria o comercio, por los delitos o faltas que hayan cometido sus empleados o dependientes, representantes o gestores en el desempeño de sus obligaciones o servicios.

Sustancialmente, la responsabilidad civil en estos casos se traduce en una indemnización económica, mayor o menor en función de la gravedad y alcance de los hechos y la culpabilidad de los partícipes²¹.

LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE

En los casos relativos a la conducta sexual, como en otros estrictamente asistenciales, hay que tener en cuenta la autonomía del paciente, y los derechos y obligaciones que en materia de información y documentación clínica tienen los pacientes, aunque estén afectados por una enfermedad mental²².

La persona es siempre persona aunque esté afectada por una incapacidad temporal o permanente, y la ley procura reequilibrar las situaciones de desigualdad de

²⁰ Esta es la responsabilidad civil de un establecimiento residencial en el que se comete un hecho delictivo en el que no se da la vigilancia exigible, cuya falta propicia o permite la comisión del hecho.

²¹ La responsabilidad penal es siempre atribuible a personas físicas, nunca a entidades jurídicas.

²² Ley 41/2002, de 14 de noviembre, que, con carácter básico regula la autonomía del paciente y los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

hecho a través de protecciones o ayudas a las personas que son especialmente vulnerables, en este caso, a los usuarios de servicios de salud mental.

Pues bien, la legislación es muy estricta en lo que supone la protección ante el abuso o ante el ataque a la libertad sexual. Pero, supuesto el nivel máximo de protección, se debe contar con la autonomía del paciente y ver su incidencia en los casos concretos, cuando hay que tomar decisiones asistenciales o de índole similar que pueden chocar aparentemente con la libertad sexual del enfermo.

La regulación general de la autonomía del paciente implica que los centros asistenciales (los profesionales que trabajan en ellos) deben tener en cuenta al menos los siguientes aspectos:

1. El Consentimiento informado.

Se trata de la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud. Toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente necesita en primer lugar una información asistencial verdadera, comprensible, adecuada al paciente; y en segundo lugar, el consentimiento libre y voluntario del afectado.

Aunque el consentimiento puede ser verbal, será escrito en casos especiales (por ejemplo, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores, o procedimientos

que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente).

El consentimiento, que se puede revocar, se debe dar en cada actuación²³.

2. El Consentimiento informado en casos especiales.

La regla general es que el consentimiento lo emite el afectado, y que las excepciones a esta regla se interpretan y aplican lo más restrictivamente posible.

Además de los supuestos en que los facultativos pueden llevar a cabo las intervenciones clínicas indispensables en favor de la salud del paciente cuando existe riesgo para la salud pública a causa de razones sanitarias establecidas por la Ley, está previsto legalmente el consentimiento por representación, es decir, del que no puede prestarlo directamente:

- Cuando existe riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo y no es posible conseguir su autorización, consultando, cuando las circunstancias lo permitan, a sus familiares o a las personas vinculadas de hecho a él.
- Cuando el paciente no sea capaz de tomar decisiones, a criterio del médico responsable de la asistencia, o su estado físico o psíquico no le

²³ Ley 41/2002, artículo 8.

permita hacerse cargo de su situación. *Si el paciente carece de representante legal, el consentimiento lo prestarán las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho.*

- Cuando el paciente menor de edad no sea capaz intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención. En este caso, el consentimiento lo dará el representante legal del menor después de haber escuchado su opinión si tiene doce años cumplidos. Cuando se trate de menores no incapaces ni incapacitados, pero emancipados o con dieciséis años cumplidos, no cabe prestar el consentimiento por representación.

En fin, la ley señala que “la prestación del consentimiento por representación será adecuada a las circunstancias y proporcionada a las necesidades que haya que atender, siempre en favor del paciente y con respeto a su dignidad personal”, procurando que él participe en la medida de lo posible en la toma de decisiones que le afectan.

En este contexto legal, deben tomarse con mesura las decisiones asistenciales que tengan que ver con la conducta sexual de los pacientes, sabiendo que el consentimiento por representación es de mínima aplicación, por la especial intimidad del supuesto, por su carácter personalísimo, y porque ordinariamente no va a existir urgencia ni premura en la adopción de dichas decisiones.

Y así sucede en los supuestos de anticoncepción, interrupción de embarazo y esterilización. La Ley prevé que en los supuestos de “interrupción voluntaria del embarazo, práctica de ensayos clínicos y práctica de técnicas de reproducción humana” se aplica “lo establecido con carácter general sobre la mayoría de edad y por las disposiciones especiales de aplicación”.

Como hemos indicado, y reiteramos, el criterio que rige en las disposiciones legales de aplicación es la afirmación y defensa de la dignidad y libertad de las personas, preservando el respeto por su autonomía y la correcta protección y representación cuando ésta no existe o está muy disminuida. Tanto la anticoncepción, la interrupción del embarazo, como la esterilización son cuestiones difíciles en el terreno de la enfermedad mental y su asistencia. Como en muchas otras materias, la Ley es un territorio de acuerdos mínimos y ámbitos de generalidad, por lo que no puede precisar sobre casos concretos, sino sólo delimitar las reglas mínimas exigibles en una sociedad democrática a todos los ciudadanos.

Sin la reflexión y actuación ética de los profesionales y las instituciones, las normas jurídicas pueden quedar sin expresión real en la asistencia psiquiátrica.

3.2

EL MÉTODO DE ANÁLISIS DE LA BIOÉTICA

D^a Mabel Marijuan
Doctora en Medicina
Master en Bioética
Profesora de la Universidad de País Vasco

3.2. EL MÉTODO DE ANÁLISIS EN BIOÉTICA ASISTENCIAL

APLICACIÓN A LOS PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA SEXUALIDAD EN EL CONTEXTO DE LAS INSTITUCIONES PSIQUIÁTRICAS.

La conducta sexual o el ejercicio de la sexualidad es un aspecto habitualmente privado de la vida personal. Hay actividades sexuales que no requieren de otras personas pero la mayor parte de ellas se practican relacionándose con los demás. Como todas las relaciones humanas, las sexuales pueden ser conflictivas porque pueden ser buenas o malas para los protagonistas. A pensar sobre ello solemos llamarlo pensar sobre aspectos éticos.

En las sociedades respetuosas con los proyectos de vida de sus ciudadanos, la intervención, a través del derecho, en estos asuntos relacionales suele ser:

- a) Para amparar el libre ejercicio dentro de los límites que genera la libertad de los demás y, de resultas de esto.
- b) Para evitar y castigar el daño a terceros.
- c) Además, dado que la sexualidad se desarrolla en el individuo también de manera gradual, las políticas sociales de estos países, abordan a veces la educación escolar y social y la

exhortación al respeto y a la bondad, en estos aspectos de la vida humana.

En esta faceta del desarrollo participan sin duda muchos mas elementos y con más peso que los poderes del Estado: los familiares, amigos, maestros, periodistas, terapeutas, etc.

Cuando una persona afectada por una enfermedad mental ingresa en un centro psiquiátrico, no se desprende de esta faceta de sí misma. Su sexualidad pasa a estar condicionada por otros dos elementos más, añadidos a los que ya le conformaban (estos eran su propio desarrollo, quizás la enfermedad, sus relaciones hasta entonces, etc.):

- a) el internamiento que modifica su privacidad y sus compañías y
- b) la medicación, en algunos casos.

Se considera que ha sido habitual negar esta faceta de la vida del paciente, manteniéndola en lo posible en un ámbito pseudo privado: no se ve *ergo* no existe. Sólo cuando se han hecho visibles las conductas y/o sus consecuencias se ha considerado que había un problema y que había que solucionarlo.

Ahora nos estamos situando en otra posición. Al decidir abordar este aspecto de la vida de los pacientes, es preciso: poner en evidencia su existencia, prever necesidades y riesgos y beneficios, cuando menos.

Plantearse la tarea de promover una sexualidad madura y satisfactoria de los pacientes ingresados es por ahora

una aspiración excesiva. No solo para las instituciones psiquiátricas sino para otras muchas que están orientadas a otros aspectos, algunos también problemáticos, de la vida humana: casas de acogida, internados escolares, centros de deshabitación, hospitales de media estancia, campamentos juveniles, cuarteles, etc.

Desde el punto de vista mesoético, es decir, sobre la aplicación de los criterios que la institución tiene sobre esta cuestión y que se han de traducir en protocolos y normativa hay bastante trabajo ya realizado. De una parte la reflexión teórica y de otra lo que ya recoge el Derecho Constitucional, Penal, Civil, etc. Esto permite, por ejemplo, a las instituciones como la nuestra, determinar unos modelos de atención que sean respetuosos con la legislación vigente en materia de ejercicio de la sexualidad y con su propio ideario.

En el ámbito microético, en su faceta de *Mínimos éticos*, se trata:

1. De evitar la vulneración de la NO MALEFICENCIA, de evitar el daño a terceros en el ejercicio de la sexualidad, (maleficencia): la agresión, violencia, violación, corrupción, proxenetismo, estupro, etc. Y se castigarían si se produjeran. Evitar el contagio de enfermedades de transmisión sexual (en adelante ETS) es una pauta obligada también para los profesionales que asisten a los pacientes afectados de enfermedades mentales.

2. Y, también dentro de los *mínimos*, no solo hacer cumplir la ley es JUSTICIA, sino evitar la

discriminación de los pacientes psiquiátricos en el desarrollo de su sexualidad, respecto al resto de los ciudadanos.

Hay cuestiones como el exhibicionismo, el uso de pornografía y la prostitución que, en este mismo contexto de *mínimos* y de pacientes institucionalizados, tendrán que ser tratados con mayor precisión que la aportada por el derecho general.

Respecto a los *Máximos éticos*, el tema se complica mucho. Aquí, como suele repetirse, cada paciente es diferente.

3. La AUTONOMÍA de los pacientes es el caballo de batalla de la atención psiquiátrica. Podemos afirmar que hay dos premisas asistenciales:

- a) Valorar las competencias reales del paciente para conocer su vulnerabilidad y protegerle y cuidarle cuando lo necesite.
- b) Promover que adquiriera o recupere, a través de la terapéutica y los cuidados, el mayor grado de autonomía, de competencias, que pueda alcanzar.

De ahí que en las diferentes sesiones tenidas en la Comisión de Bioética, se haya hecho mucho hincapié en la evaluación de la competencia para evitar abusos y también se ha indicado la conveniencia de incorporar algún modo de promover la mayor autonomía en el ejercicio de la sexualidad de los pacientes.

El desarrollo de la sexualidad, como otras facetas de la vida humana, ha sido estudiado, especialmente desde mediados del siglo pasado, junto a cuestiones como el desarrollo intelectual, el ponderal, el moral, el afectivo y otros. Si hemos de hacer una “especie” de categorización de la sexualidad podemos recurrir a Kohlberg. Su estudio de campo delimitó tres niveles y con ello podemos establecer una especie de estándar de moralidad sexual como propuesta para la reflexión, por supuesto. Ni como verdad ni como dogma.

1. Nivel preconventional:

E 1 (Estadio 1). De castigo y obediencia. Lo correcto es obedecer lo que te mandan que se corresponde con lo bueno.

E 2. De designio e intercambio instrumental individual: lo correcto es satisfacer los propios intereses y necesidades.

2. Nivel Convencional:

E 3. De expectativas, relaciones y conformidad con los próximos: vivir de acuerdo con las expectativas de los demás respecto a uno. Lo que esperan de ti los allegados.

E 4. De mantenimiento del sistema social y de convivencia: lo correcto es mantener el sistema social.

3. Nivel Transaccional: es un paso intermedio.

E 4,5. Se critican las convenciones pero todavía no se tienen principios. Tiempo de Crisis: entra en barrena la convención pero todavía no se tienen “criterios”, principios propios. Es el tiempo del escepticismo y relativismo ético extremos.

4. Nivel postconvencional

E 5. De derechos prioritarios y contrato social. Lo correcto es defender las raíces, lo fundamental de la convivencia social, en una sociedad, pueblo, tribu...

E 6. De los principios éticos universales. Lo correcto es guiarse por principios o valores éticos universales por los que toda la humanidad se pudiera regir.

Aplicado *mutatis mutandis*²⁴, al desarrollo de una “moral sexual propia”:

E 2. Autoerotismo y autosatisfacción.

E 3. Primeros flirteos.

E 4. Usos sexuales de la colectividad a la que pertenezca.

E 4,5. Conductas sexuales “alborotadas” por ejemplo las que generan embarazo juvenil.

²⁴ Cambiando lo que hay que cambiar

E 5, E 6. Ejercicio de la sexualidad según derechos prioritarios y contrato social.

E 6. Según principios éticos universales.

Sirva este “juego de traslaciones” como muestra del largo tránsito del ser humano para alcanzar una sexualidad madura. Entendiendo por madura aquella que proporciona mayor bien y humanidad al propio sujeto y a sus semejantes. Plantearse que se puede ayudar a que los pacientes psiquiátricos maduren en y con su sexualidad es hoy en día una tarea que solo empieza a vislumbrarse. La educación, el apoyo familiar, social y profesional son herramientas imprescindibles y muy poco desarrolladas en este campo.

4. Respecto al criterio de BENEFICENCIA, su posible traducción en este ámbito se podría hacer planteando que las relaciones sexuales, en tanto que relaciones íntimas, establecen un vínculo entre las personas.

Una micro sociedad donde, como en la amistad, se dan el placer y el dolor, el gozo y los sufrimientos o más popularmente “ a las duras y a las maduras” y, a menudo, una intención de permanencia.

No se trata ya sólo de no-maleficencia, de no herir, no dañar, tiene que ver también con hacer el bien y querer el bien del otro y viceversa. La beneficencia en este sentido atañe esencialmente a los partícipes de la relación. La intervención de la Institución, a través de

sus profesionales puede crear contextos de posibilidad dignos para estas relaciones o impedirlos.

Resumiendo en el Nivel 1: Lo que haya de autorizarse y prohibirse respecto a la sexualidad para evitar el daño (la imposición, el abuso, la violencia y la transmisión de ETS) y la injusticia (la desprotección y la discriminación en forma de negación o represión).

En el nivel 2. : La disposición a proteger y favorecer que cada uno pueda desarrollarse como quiera en su sexualidad sabiendo que el desarrollo personal y los vínculos están entreverados en este nivel (dar formación, proporcionar los medios ambientales, terapéuticos y preventivos, facilitar la comunicación fluida sobre estos temas entre familiares, pacientes y personal asistencial, etc.).

METODOLOGÍA

Se ha tratado de enfocar un posible modelo de análisis de problemas éticos alrededor del ejercicio de la sexualidad de los pacientes institucionalizados en psiquiatría. Se han utilizado los criterios de **no maleficencia, justicia, autonomía, beneficencia**, (y en nuestra Institución ha de utilizarse también el principio de Hospitalidad) y a partir de ahí en cada caso llevado a discusión se requiere metodológicamente:

A) Conocer el caso exhaustivamente, sin prejuicios: para ello hay que preguntar, asesorarse, informarse...

B) Desgranar los problemas: definir, acotar, enumerar, redactar, revisar...

C) Por último deliberar, analizar, enjuiciar, argumentar, proponer, refutar, afirmar...

Quien consulta necesita leer, conocer después el desarrollo de cada una de estas partes para que todo “adquiera sentido”. Si lo que se propone tiene lógica, es comprensible, está bien argumentado, hace previsiones de las diferentes posibilidades y consecuencias será útil para quien tenía dudas sobre “qué se debía hacer”. Y lo que es mejor se aproximará a lo más correcto y bueno para el paciente.

No se han desarrollado en este trabajo cuatro cuestiones que facilitarán mucho el trabajo si se pone en marcha un modelo del tipo descrito en este texto:

1. Desarrollo exhaustivo de los aspectos legislativos existentes sobre **CONDUCTAS PROHIBIDAS Y PUNIBLES**: qué hacer, quién ha de hacerlo y cómo ha de actuarse para prevenir esas conductas, detectarlas y evitarlas si se dan.
2. Especificación de las cuestiones relativas a la **PROSTITUCIÓN, PORNOGRAFÍA Y EXHIBICIONISMO** en este ámbito institucional psiquiátrico.
3. Tratamiento específico de la cuestión de la **ANTICONCEPCIÓN**, dado que será un curso de acción probable en algunos casos relativos a la sexualidad de los pacientes.

4. La prevención y tratamiento de las ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ETS), en lo que habrán de implicarse especialmente médicos y personal sanitario de los centros.

5. FORMACIÓN del personal en estos aspectos a través de seminarios y similares y plantearse la posibilidad de que también pueda darse formación a los pacientes como parte de su capacitación para vivir mejor.

Todo ello habrá de transmitirse de una forma comprensible tanto a profesionales como a usuarios de los Centros, en forma de protocolos, guías de conducta, cartas de deberes o como se considere más eficaz y adecuado.

3.3

ÉTICA CRISTIANA

D. José Román Flecha
Catedrático de Moral Fundamental
de la Universidad Pontificia de Salamanca
Asesor de la Provincia

ÉTICA EN LA CONDUCTA SEXUAL DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN LOS CENTROS"
DE HERMANAS HOSPITALARIAS DEL SCJ. Provincia canónica de Palencia

3.3. ETICA CRISTIANA

A) UNA PALABRA CRISTIANA SOBRE LA SEXUALIDAD²⁵

Muchas veces he escrito que la ética cristiana de la sexualidad apenas puede ofrecer más que algunas motivaciones específicas a una ética sexual de cuño humanista. La causa de esta identidad en los contenidos se encuentra precisamente en el fondo humano del razonamiento. Las acciones son buenas o malas no en razón de la adscripción creyente del sujeto, sino de la dignidad humana, común a todas las personas con independencia de su fe. En consecuencia, será bueno tener en cuenta unos principios elementales de la ética humanista de la sexualidad para tratar de ofertar, después, unos elementales criterios cristianos.

1. ÉTICA SEXUAL HUMANISTA

Estas reflexiones en modo alguno pertenecen al ámbito de la pura especulación. Pretenden abrir una ventana a la consideración antropológica de la sexualidad y su significado para el ser humano, en cuanto individuo, en cuanto pareja, en cuanto miembro de la sociedad. De

²⁵ Cf. FLECHA, J.R., *Ética de la sexualidad*, PPC, Madrid 2002, 19-28; ID., *Moral de la persona. Amor y sexualidad*, BAC, Madrid 2002, 3-29.

ellas pueden deducirse ya desde ahora algunas constataciones que serán imprescindibles a la hora de intentar esbozar las bases para la correspondiente normatividad ética del uso de la sexualidad.

1.1. Rasgos característicos

En consecuencia, se pueden establecer algunos rasgos característicos de la sexualidad que no debieran ser olvidados en la consideración moral de este fenómeno:

a) Referencia a la globalidad de la persona y a la conquista de su madurez integral. La sexualidad no puede ser aislada de otras vivencias humanas fundamentales, que están enraizadas en la *personidad* y son necesariamente colaboradoras en la estructuración de la *personalidad*.

b) La sexualidad es, como otros aspectos de la vida humana, una realidad dinámica. Se encuentra en continua evolución, progresiva o regresiva. Como la vivencia de la justicia o de la veracidad, también la vivencia ética de la sexualidad es susceptible de un más o un menos de integrabilidad y de plausibilidad.

c) Referencia a la dialogicidad y complementariedad de las personas. La sexualidad evidencia y significa la ontológica apertura del ser humano a los demás. "La esencia de la sexualidad no es el individuo, sino la *díada*. Toda persona humana aprehende el mundo y actúa sobre él, en cuanto hombre o en cuanto

mujer. Puesto que, objetivamente, no hay más que estas dos maneras de estar humanamente en el mundo, la *díada* significa que la una no se concibe sin la otra (...). La esencia de la sexualidad no puede ser abordada más que a partir de la experiencia del encuentro. Lo originario no son las individualidades de hombre o mujer, sino la *díada* relacional de personas que su identidad sexual diferencia y aproxima".²⁶

d) La sexualidad humana está vinculada a la manifestación del íntimo ser personal y de esa doble manera de estar en el mundo de forma "humana", que son la masculinidad y la feminidad. De ahí que la sexualidad, entendida en sentido amplio, y en consecuencia también en el sentido reducido de genitalidad, constituya una forma privilegiada de *lenguaje* en profundidad. De ahí que su ejercicio -y aun su misma presencia- sea siempre la epifanía de un compromiso afectivo -o de su ausencia-, al tiempo que, en la especie humana, está vinculada al surgimiento de la vida: física y/ o espiritual, pero siempre humana (cf. EV 23).

Este carácter de expresividad y lenguaje, tan subrayado por M. Merleau Ponty²⁷, pertenece al patrimonio de una filosofía personalista de la sexualidad. A él parece

²⁶ W. ATTAUX, H. *Vie chrétienne et sexualité*, Ed. C.L.D., Xhambrai 1980, 35.

²⁷ Cf. MERLEAU-PONTY, M., *Fenomenología de la percepción*, I, V, Barcelona 1985, 171-190

también referirse el documento Vaticano citado más arriba cuando dice:

"La sexualidad es un elemento básico de la personalidad; un modo propio de ser, de manifestarse, de comunicarse con los otros, de sentir, expresar y vivir el amor humano. Por eso es parte integrante del desarrollo de la personalidad y de su proceso educativo".²⁸

1.2. Horizonte de la sexualidad como relación

En una sociedad pluralista, la ética no está directa ni solamente fundada sobre la experiencia religiosa de los creyentes. Precisamente por eso, una base antropológica suficientemente coherente, debería prestar los elementos para la fundamentación de unas líneas éticas indispensables y, a ser posible, aceptables por los miembros de la comunidad. Hoy se percibe claramente la necesidad de fundamentar una ética ecuménica de la sexualidad y del amor. He aquí algunos puntos que parecen imprescindibles.

a. Personalización

El comportamiento sexual está ontológicamente integrado en el desarrollo armónico de toda la persona. Lo que es un "dato" ha de convertirse en una "tarea". Parece necesario el esfuerzo moral por lograr

²⁸ *Orientaciones sobre el amor humano* 4, donde se remite al documento *Persona humana*, 1, publicado en 1975 por la Congregación para la Doctrina de la Fe. El *Catecismo de la Iglesia Católica*, al referirse al tema que nos ocupa, cita con frecuencia a este documento.

intencionalmente tal integración en el desarrollo armónico de la persona. En consecuencia, la educación de la sexualidad no puede limitarse a una información biológica que desconozca la formación de hábitos y la asunción de valores fundamentales para el crecimiento integral de la persona. La educación de la sexualidad -y no solamente en la etapa adolescente o juvenil- ha de situarse en la dirección global de ese sentido. Un criterio básico primordial será, en consecuencia, el intento de vivir la sexualidad en vista de tal desarrollo armónico.

b. Apertura a la revelación del "tú"

El ser humano nace y se desarrolla en la comunicación. Todo él es palabra, signo y mensaje. Es verdad que la vocación humana a la comunicación se concentra especialmente en el rostro, en cuya desnudez se refleja siempre una interpelación y una llamada a la responsabilidad²⁹. El rostro humano es "ese lugar en donde, por excelencia, la naturaleza se hace porosa a la persona"³⁰.

Pero lo que se dice del rostro, ha de decirse del cuerpo entero del hombre y de la misma experiencia de la sexualidad. La sexualidad juega un papel inesquivable en la capacidad humana de responder a la vocación al amor. Ella refleja, en efecto, tanto la incompletez como

²⁹ LEVINAS, E., *Totalidad e infinito*, Salamanca 1997, 225.228; cf. GARRIDO-MATURANO, A. E., Los modos de manifestación de la alteridad y su articulación en el pensamiento de Emmanuel Lévinas, en *Analogía Filosófica* 2, 1994, 73-95

³⁰ CLEMENT, O., *Sobre el hombre*, Madrid 1983, 44.

la relacionalidad de la persona. En ella encuentran los seres humanos la base biológica, y emocional y psicológica de su capacidad de amar y comunicarse. Entendida en su sentido amplio, la sexualidad se desarrolla y se realiza en la apertura del "yo" hacia un "tú", aceptado como "tú", es decir en su personalidad y en su diversidad. Esta apertura no es fácil. De hecho, pasa por escalones diferentes en los que el "tú" es imaginado, cosificado, generalizado.

Como tales escalones, requieren del educando el esfuerzo decidido para la ascensión y del educador el acompañamiento generoso para la superación de la dificultad. Como tales escalones, exigen un "progreso" y ofrecen siempre el riesgo de un "regreso", dicho sea en el sentido original de los términos. No estaría de más recordar que tal progreso nunca estará completado y que tal regreso siempre es una tentación, más o menos consciente o camuflada.

En ese contexto, la relación sexual no puede ser tomada a la ligera. El "tú" no es una cosa, ni una simple proyección del "yo", ni una pieza fácilmente intercambiable. El "tú" no es una ocasión para que surja el amor y posteriormente el lenguaje sexual que lo expresa. Sería más exacto decirlo al contrario, según la rica intuición de X. Zubiri: el "tú" sólo surge verdaderamente en un marco efusivo. No es que exista el amor porque existe el encuentro con el "tú", sino que aparece el "tú" cuando existe el amor. Antes del amor no existe el "tú", sólo existe la gente. La apertura al "tú" ha de ser entendida en la clave de un lenguaje

interpersonal, regido necesariamente por un compromiso afectivo y efectivo.

La relación intersexual debe, en consecuencia, esforzarse por mantener íntegras tanto la alteridad y la diferencia sexual como la complementariedad y la igual dignidad entre los sexos. Muchos de los llamados "desórdenes sexuales" nacen precisamente de alguno de estos fallos. O bien se trata de negar y suprimir la alteridad y la diferencia, o bien se pretende afirmarlas hasta tal punto que la asunción de uno de los sexos como paradigma de humanidad lleva a un desprecio y abuso del otro.

El descubrimiento del "tú" encuentra con alguna frecuencia serias dificultades en la superación de las tendencias homoeróticas. El juicio ético sobre la responsabilidad personal en los casos concretos ha de ser cuidadosamente matizado. Por otro lado, ese descubrimiento del "tú" en la relación heterosexual ha de actuarse desde una adaptación, realista y paciente, a las diversas etapas de la evolución psico-sexual de las personas implicadas en tal relación³¹.

c. Apertura al "nosotros"

Según Antoine de Saint-Exupéry, "amar no es mirarse uno a otro a los ojos, sino mirar juntos en la misma dirección". Efectivamente, la relación diádica ha de trascender el diálogo meramente dual, si quiere superar el escalón de los egoísmos compartidos y estériles.

³¹ HORTELANO, A., *Yo-tú, comunidad de amor*, Madrid 1980.

Toda relación auténticamente humana ha de abrirse al ámbito de la dimensión social de la vida humana. En el terreno de la sexualidad, la responsabilidad ética ha de realizarse, por tanto, en la doble vertiente de lo personal-interpersonal y de lo personal-social.

En realidad, todo ejercicio "humano" de la sexualidad es ocasión de fecundidad y fuente de vida. De vida física, unas veces, y de vida espiritual, en muchas ocasiones. De vida y de sentido para la vida. Si la sexualidad es verdaderamente "humana" está llamada a una fecundidad, que trasciende la mirada de las mismas personas implicadas. La esterilidad no es una fatalidad, pero es un riesgo. La esterilidad física puede ser asumida y superada en la generosidad. La otra esterilidad, la espiritual, es la señal de un egoísmo, con frecuencia dual.

De ahí que la sexualidad tenga necesariamente una dimensión social. Y de ahí que la sociedad se vea necesariamente implicada en toda expresión de la sexualidad, tanto si es signo de un compromiso afectivo como si no lo es, y tal vez más en este caso.

De ahí que la sociedad tenga el derecho-deber de vigilar sobre las manifestaciones sexuales de sus miembros. Esa dimensión social de la vivencia sexual no puede dar lugar ni al intrusismo ni a la inhibición social frente al comportamiento individual. El riesgo de ambos extremos es tanto mayor cuando está en juego la instrumentalización de las personas, especialmente las más débiles.

1.3. El sentido del pudor

Nos parece que esta sección no quedaría completa si no añadiéramos unas breves reflexiones sobre el sentido antropológico y sobre la educación del pudor. Así lo hace también el *Catecismo Católico para Adultos*, editado por la Conferencia Episcopal Alemana.

a. Sobre el *sentido antropológico del pudor*, será necesario rescatar tal vivencia y expresión del ámbito al que ha sido reducido por una cultura de la insignificancia. De forma genérica se puede considerar el pudor como "la tendencia natural a esconder algo para defenderse espontáneamente contra toda intromisión ajena a la esfera de la intimidad".

En el sentido específico que aquí interesa, el pudor es el hábito, en parte instintivo y en parte inducido, que protege la intimidad sexual de la persona y, en consecuencia la virtud de la castidad. "Su finalidad es la de respetarse uno a sí mismo y a los demás"³².

Pero el pudor puede constituir una experiencia ambivalente. No equivale a la castidad, aunque la tutela y promueve. Ni se debe confundir con la pudibundez y

³² *Catecismo católico para adultos*, 11, BAC, Madrid 1998, 310-311; cf. ZABALA, M., "Pudor", en GER 19, 455; AUTIERO, A., "Riflessioine ética sul pudore", en *Asprenas* 40 (1993) 423-436; ver también el nº monográfico sobre "Pudeur et secret", en *Lum Vie* (1993) 2-91.

el encogimiento. El pudor no es, en principio, un signo de represión sobre la espontaneidad humana. Corresponde a una dimensión antropológica inevitable de la autoposición humana, pero puede ser modificada por la comprensión social del ser humano y de su mundo. Sin embargo, puede ciertamente ser introyectado e impuesto artificialmente³³.

El pudor es, en consecuencia, una virtud humana, en cuanto que inclina a la persona a la defensa de su propia dignidad y a la ejecución de actos y la promoción de actitudes que propician la integración de toda la persona. Por lo mismo, el pudor puede considerarse también como una virtud cristiana, en cuanto reconoce y tutela la cuasi-sacramentalidad del cuerpo humano y la riqueza de significado de la entrega amorosa que encuentran su plenitud en la fe, en la encarnación y la resurrección.

Los cuidadores de la persona discapacitada o deficiente están llamados a tutelar el pudor humano, en cuanto defensa de la dignidad, intimidad e inviolabilidad de *la persona* y en cuanto manifestación de la vocación divina y redimida de la corporeidad humana. La reflexión antropológica nos lleva a descubrir la profunda vinculación entre el fenómeno del pudor y la naturaleza de la persona:

³³ Teilhard de Chardin rechaza un pretendido sentido del pudor que no tuviera en cuenta la meta positiva de la personalización y aun de la integración de la persona en el universo: *La energía humana*, Madrid 1963, 81-82.

"Ésta es dueña de sí misma; nadie, excepto Dios Creador, puede tener sobre ella derecho alguno de propiedad. Se pertenece, tiene el derecho de autodeterminación, por lo que nadie puede atentar contra su independencia. Nadie puede hacerse dueño de ella en propiedad, a menos que consienta ella misma dándose por amor. Esta inalienabilidad objetiva de la persona y su inviolabilidad hallan su expresión precisamente en el fenómeno del pudor sexual, que no es más que un reflejo natural de la esencia de la persona (...) Así es como se ve que toda la moral sexual se funda en la interpretación correcta del pudor sexual"³⁴.

Como se sabe, esta reflexión metafísica de K. Wojtyla sobre el pudor y esa convicción sobre la posibilidad de fundamentar precisamente ahí una ética de la sexualidad se reflejará en sus catequesis papales sobre el cuerpo y el amor humanos³⁵.

b. Por lo que se refiere a la educación del pudor, hay que comenzar insistiendo en que, desde un punto de vista positivo y personal, el pudor significa un signo del respeto que a la persona le merece su propia intimidad. En una apreciación más social, el pudor puede entenderse como una especie de señal de alarma que detecta el miedo de la persona a ser mal-tratada, cuando es sorprendida en su intimidad. El pudor es un grito de defensa de la libertad humana. Es una señal de la

³⁴ WOJTYLA, K., *Amor y responsabilidad*, Razón y Fe, Madrid 1978, 197-198.

³⁵ JUAN PABLO II, *Enseñanzas al Pueblo de Dios*, 1980, enero-junio, Ciudad del Vaticano – Madrid 1982. esp. 124-127. 188-190. 198-200.

repulsa de toda instrumentalización y reducción de su integridad e integralidad. Sería lamentable que una determinada sociedad favoreciera la pérdida de todas las señales de alarma. Una persona o un grupo social que ha perdido el pudor, ha perdido el aprecio por su dignidad. De ahí la importancia de la educación ética del sentido del pudor:

"El pudor, elemento fundamental de la personalidad, se puede considerar como la conciencia vigilante en defensa de la dignidad del hombre y del amor auténtico. Tiende a reaccionar ante ciertas actitudes y a frenar comportamientos que ensombrecen la dignidad de la persona. Es un medio necesario y eficaz para dominar los instintos, hacer florecer el amor verdadero e integrar la vida afectivo-sexual en el marco armonioso de la persona. El pudor entraña grandes posibilidades pedagógicas, y merece por tanto ser valorizado. Niños y jóvenes aprenderán así a respetar el propio cuerpo como don de Dios, miembro de Cristo y templo del Espíritu Santo; aprenderán a resistir al mal que les rodea, a tener una mirada y una imaginación limpias y a buscar el manifestar en el encuentro afectivo con los demás un amor verdaderamente humano con todos sus elementos espirituales"³⁶.

En resumen, la vivencia y las normas sociales relativas al pudor -y en contrapartida, las relativas al escándalo- tienen a la vez una dimensión personal de defensa de la intimidad, pero también una dimensión social que, por cambiante, no deja de ser imprescindible. Las señales

³⁶ *Orientaciones sobre el amor humano*, 90; cf. *Catecismo de la Iglesia Católica*, 2521-2524.

de alarma del pudor saltan cuando los valores más entrañables que configuran la silueta moral de una persona o de un grupo social se ven indebidamente avasallados. El pudor surge cuando una persona se ve curioseada sin permiso, es decir, cuando se siente instrumentalizada y cosificada. En el fondo, es objeto de un reduccionismo des-personalizante.

La sociedad tiene la responsabilidad moral de defender ese sentimiento de privacidad de las personas. Una sociedad en la que no funcionan esas "alarmas" del pudor es una sociedad enferma³⁷.

1.4. La sexualidad de los enfermos mentales

Creemos que los principios que hemos enunciado son válidos para toda persona. También para las personas con discapacidades psíquicas. Es cierto que, en esos casos, la capacidad de decisión y de responsabilidad está notablemente disminuida o ausente. En muchos casos son otras personas las que han de velar por la integridad de los enfermos y enfermas, de forma que su dignidad no sea burlada y su sexualidad no les convierta en objeto de uso para otras personas.

Creemos también que, en este terreno, se asiste en nuestros días a una hipertrofia del principio de autonomía sobre el principio de beneficencia y el de justicia, mientras que en otros aspectos de la vida y la actividad de las personas con discapacidades psíquicas

³⁷ Cf. CAMPANINI, G., "Pudor", en *DETM*, 913-920.

se tiende a subrayar la importancia de estos otros principios.

Por otra parte, ante los problemas suscitados por estas personas, se apela con frecuencia al postulado del derecho de toda persona a disfrutar de su sexualidad. Como se puede apreciar, ese postulado tiende a recuperar una concepción atrasada y precientífica, por la que se identificaba la sexualidad con la genitalidad. La presentación de la sexualidad como un derecho inviolable de la persona merece, además, muchas matizaciones. Precisamente por el carácter intrínsecamente social de la sexualidad humana, ésta se encuentra situada en el ámbito cruzado de los derechos y de los deberes. Cuando la persona está incapacitada para la asunción de los deberes y de las responsabilidades, es preciso preguntarse hasta qué punto se puede invocar en su nombre el ejercicio indiscriminado de todos los derechos.

Por lo que se refiere a la responsabilidad de las familias e instituciones, es preciso recordar que la sexualidad de los enfermos mentales, como el ejercicio de otras actividades que implican un riesgo para sí mismos y/o comprometen directamente a otras personas requiere una tutela cuidadosa y a la vez respetuosa por parte de las personas a las que ha sido confiada su tutela.

Finalmente, es preciso alertar sobre algunas actitudes que, ante el ejercicio de un pretendido derecho omnímodo al ejercicio de la sexualidad por parte de los enfermos mentales, no dudan en buscar soluciones en

medidas drásticas como la esterilización o el aborto. Ambas decisiones, además de no afrontar con seriedad la cuestión de la inviolabilidad de la persona humana, añaden nuevos conflictos axiológicos al problema inicial

2. ETICA SEXUAL CRISTIANA

Hasta aquí hemos tratado de esbozar un discurso ético voluntariamente antropológico. Eso no significa, ni mucho menos, un olvido o una falta de respeto hacia el planteamiento específicamente cristiano.

Se piensa a veces que un determinado comportamiento moral es bueno o malo porque ha sido propugnado o prohibido por el mensaje cristiano, sea éste bíblico o magisterial. El razonamiento habría de ser precisamente el contrario. El mensaje bíblico o los pronunciamientos de la Iglesia sancionan como bueno o malo un comportamiento moral, precisamente porque, previamente a tal pronunciamiento, era coincidente con la verdad ontológica del ser humano y, en consecuencia, bueno o malo para él. Es decir, para su madurez personal, para su encuentro con el "tú", para la lenta y fructífera creación del "nosotros".

Se dice que algunos comportamientos sexuales, generalmente reprobados por la sociedad, no han sido condenados por la Iglesia de forma explícita³⁸. Aunque siempre sea necesario alzar una voz profética contra los

³⁸ En alguna ocasión hemos tenido que recordar las enérgicas palabras de Juan Pablo II sobre la instrumentalización de la mujer contenidas en *Mulieris dignitatem* 14.

abusos que la persona puede sufrir en su sexualidad³⁹, la pretendida ausencia de condenas tendría al menos un valor. Permitiría intuir que la maldad ética de tal comportamiento no proviene de una prohibición extrínseca y heterónoma, por autorizada que sea. Una reflexión semejante habría de ser articulada ante cada una de las múltiples posibilidades de la experiencia de la sexualidad.

2.1. Identidad y especificidad

Dicho esto, cabe todavía una última pregunta sobre la identidad y especificidad de la ética cristiana de la sexualidad. Seguramente, los dos polos pueden ser afirmados.

a. La ética cristiana habría de afirmar su identidad con una ética racional de la sexualidad, siempre que trataran ambas de fundarse sobre una base ontológica, es decir, en el mismo ser de la persona humana y en los rasgos constitutivos de su sexualidad. Tales rasgos habrían de ser percibidos por la experiencia y la razón humanas, con ayuda, si es preciso, de la metodología científica.

La ética cristiana no puede ni debe ignorar tal conocimiento antropológico. Por una parte considera que "el cuerpo expresa la persona", es una especie de "sacramento primordial" y constituye "el primer

³⁹ WOLF, A., "Sexual Abuse Issues: An Annotated Bibliography", en *ThDigest* 41/4 (1994) 331-344.

mensaje de Dios al hombre”⁴⁰. Y, por otra parte, afirma que también los no creyentes pueden llegar por medio de su razón a descubrir el proyecto creatural de Dios sobre el género humano (cf. Rom 2, 13-16). Ya san Agustín predicaba que la fornicación de los paganos es injuriosa a Dios, en cuanto afea objetivamente la imagen de Dios que cada persona es⁴¹.

En este contexto, no llamará la atención observar que los últimos documentos de la Iglesia, cuando tratan de ofrecer una fundamentación para la moral sexual de los cristianos, recurran sistemáticamente a argumentos de ética natural y a fundamentos antropológicos⁴².

b. En teoría, los valores éticos que, en este campo promueve y tutela la fe cristiana, podrían ser alcanzados por la razón humana. Sin embargo, en la práctica, el anuncio del evangelio significó una novedad revolucionaria ante el panorama moral de las ciudades griegas.

La ética cristiana de la sexualidad ha de recoger cuanto de válido podía existir en el ámbito de los contenidos, los valores o los deberes -ya descubiertos hipotéticamente por la razón y la experiencia -. Pero esa acogida de todo lo bueno y noble se enmarca en la

⁴⁰ *Orientaciones sobre el amor humano* 22, donde se cita a Juan Pablo II en sus audiencias generales del 9 de enero y 20 de febrero de 1980: *Insegnamenti di Giovanni Paolo I*, 1980, 111, 190 y 430.

⁴¹ SAN AGUSTÍN, *Sermones* 9, 10, 15. PL 38, 86.

⁴² Así ocurre, por ejemplo, en la encíclica *Humane Vitae*, nº 4, y en la instrucción *Persona humana*, nº 3.

novedad absoluta de las motivaciones evangélicas y, por último, en el escándalo de la cruz de Cristo.

Esta cuestión nos remite al campo de la Teología Moral Fundamental y aun a la cuestión dogmática acerca de las relaciones entre lo natural y lo sobrenatural, entre la naturaleza y la gracia, la razón y la revelación⁴³. La revelación asume la verdad de todo cuanto el hombre puede alcanzar con su razón, y lo desborda en claridad, solidez y radicalidad. El diálogo ético se puede y se debe hacer guardando las reglas existentes para el diálogo entre la fe y la razón, pues la moral cristiana pertenece al interior del mundo de la fe, que asume, incluye, purifica, consolida y desborda el mundo de la razón.

2.2. La persona, icono de Dios

En concreto, la moral cristiana de la sexualidad nos remite al seguimiento de Jesucristo, que nos ha desvelado definitivamente la silueta y la vocación del ser humano. El mensaje evangélico, también en este terreno, se sitúa en la línea del redescubrimiento de las intuiciones básicas de la revelación bíblica.

El ser humano es "imagen de Dios" y como tal ha de comportarse. Es "imagen de Dios" y como tal ha de ser

⁴³ El magisterio reciente de la Iglesia ha vuelto sobre estas cuestiones, sobre todo en las encíclicas *Veritatis Splendor* y *Fides et Ratio*, a las que nos remitimos.

tratado. La iconalidad del hombre es un don, pero es también una exigencia⁴⁴.

La sexualidad forma parte del proyecto original de Dios y de la bondad primera del encuentro interpersonal. Es esa una convicción que se encuentra ya en las primeras páginas de la Biblia. Junto a esta convicción que recorre los escritos sagrados, los discípulos de Jesús saben y confiesan que pueden darse en el mundo algunos comportamientos sexuales que no deberían mencionarse entre los cristianos, los cuales deberían comportarse "como conviene a los santos" (Ef 5,3). Su Señor ha proclamado dichosos a los limpios de corazón (Mt 5,8), y ha explicado que no basta con "no adúlterar", sino que es preciso conservar limpia la mirada (Mt 5,27-30).

Con todo, sabemos que la bienaventuranza de la limpieza del corazón no puede restringirse al ámbito de lo sexual, sino que abarca toda la coherencia de la fe. Algunos ecos de ella se encuentran en las cartas apostólicas. Si se formula en términos negativos, tal bienaventuranza recuerda a los cristianos que ni los impuros ni los adúlteros heredarán el Reino de Dios, mientras no tratan de huir de la fornicación (1 Cor 6, 9.18). Considerada en una perspectiva más positiva, lleva a los creyentes a confesar que el cuerpo no es para la fornicación sino para el Señor y el Señor para el cuerpo (1 Cor 6,13)⁴⁵.

⁴⁴ Cf. FLECHA, J.R., *Teología moral fundamental*, BAC, Madrid, 1999, 143-154

⁴⁵ Para muchos de los aspectos sugeridos en este tema, resulta interesante la obra de LACROIX, X., *Le corps de chair. Les*

La tradición cristiana ha tratado de conservar y meditar esas intuiciones fundamentales para considerarlas como fuente fecunda de la vida y del pensamiento de los seguidores de Jesús⁴⁶.

Los cristianos, siguiendo la luz de la razón y las fuentes de la revelación y la tradición, están llamados a brindar su oferta en medio del mundo: que el aprecio de la sexualidad humana no implica una renuncia a los grandes ideales cristianos, ni, por otra parte, el cultivo de la virtud de la castidad significa una castración, sino más bien una plenificación de lo humano. Se trata de anunciar una buena noticia. Un "evangelio" de la libertad, del amor y de la verdad⁴⁷.

dimensions éthique, esthétique et spirituelle de l'amour, Paris 1992.

⁴⁶ Un buen resumen del desarrollo histórico puede verse en LE BRAS, G., "La doctrine du mariage chez les théologiens et les canonistes depuis l'an mille", en *DTC* 9, 2123-2170

⁴⁷ WATfIAUX, H., "Vie chrétienne et sexualité", en *EspV* 90 (1980) 65-74; EVANS, D., "Buena nueva sobre el sexo en la doctrina cristiana", en *Conc* 176 (1982) 349-357; THÉVENOT, X., "Cristianismo y desarrollo sexual", en *Conc* 175 (1982) 228-240; RUMPF, L., "Théologie et sexualité", en *RTPh* 115 (1983) 79-84; TRENTIN, G., "Sessualita: annuncio cristiano ed orientamenti pastorali", en *RTMor* 16 (1984) 413-430; CA V ADI, A., "Cultura cattolica e ética sessuale", en *Segno* 104-105 (1989) 51-59.

B) ENFERMOS MENTALES “LÍNEAS CRISTIANAS DE MÁXIMA”

En principio no estoy de acuerdo con una división que trate de marcar de forma excesivamente diferenciadora la ética cristiana de la ética no cristiana o secular. Una separación excluyente no haría más que delatar nuestra vieja mentalidad positivista, que considera la bondad o maldad de las acciones en cuanto determinadas por una norma positiva, sea de origen divino sea de origen humano.

Creo que en el campo de la salud y de la enfermedad, como en tantos otros, es preciso redescubrir, que la bondad o la maldad de las acciones u omisiones viene determinada por el "ser" mismo del hombre, y éste es anterior a toda confesión religiosa. Si el desprecio a una persona es una iniquidad, ello no depende de la confesión religiosa del maltratado ni del maltratante, sino de la dignidad humana de ambos, que es puesta en peligro por esa acción u omisión.

Pero, evocado este malestar inicial, trato de responder brevemente a la pregunta que se me ha planteado.

1. UNA ÉTICA SECULAR DE MÍNIMOS

En realidad, no estoy de acuerdo con que las éticas laicas pueden limitarse a unos patrones mínimos de comportamiento. Ya la ética de Aristóteles se basaba

sobre la defensa de la virtud. Y la virtud casi nunca lo es si no se sitúa en un ámbito de heroísmo, cotidiano pero extraordinario. Los bomberos y policías que han dado su vida con motivo de los atentados ocurridos en Nueva York, no necesitaban ser cristianos para ser heroicos.

Afirmado esto, se puede decir que la ética cristiana coincide con las éticas seculares en lo categorial, aunque no siempre coincida en lo trascendental. El fundamento último de su razonamiento y de las normas que pueda ofrecer como humanizadoras se encuentra precisamente en la dignidad del ser humano, con independencia de sus determinaciones adjetivales, de origen o de status social, de nacionalidad o de religión, de edad o de sexo.

La ética cristiana no tiene inconveniente en coincidir con las éticas seculares en la defensa de los valores mínimos y comunes. En efecto, esa defensa se basa en raíces "anteriores" al hecho de la aceptación y confesión de la fe. En consecuencia, las exigencias mínimas de una atención que quiera ser éticamente responsable han de ser asumidas también por la ética cristiana.

Si esto vale para todos los campos de la moralidad, es igualmente válido para la bioética y, en nuestro caso concreto, para las personas afectadas por alguna enfermedad mental.

De entre los diversos pronunciamientos de la Iglesia sobre los problemas relativos a las enfermedades

mentales, he recordado con especial interés el discurso de Juan Pablo II en la V Conferencia Internacional sobre "la mente humana", organizada por el Pontificio Consejo para la Pastoral de la Salud del 15 al 17 de noviembre de 1991. De ese discurso, interesante por muchos aspectos, destacamos los siguientes párrafos:

“Para estudiar la mente jamás se podrá descuidar *toda la verdad sobre el hombre*, en su unidad compacta de ser físico y espiritual (...).

Para la recta maduración y desarrollo armonioso de la mente humana y, por tanto, para la plena salud mental del individuo, tiene también una gran relevancia la relación social. Ahora, el elemento mediador de una síntesis positiva entre mente y vida social es el amor (...)

Con las aportaciones convergentes de la farmacología moderna, de la psicología y de la psiquiatría se han establecido también terapias con resultados halagüeños y aplicaciones cada vez más amplias (...).

Este esfuerzo loable de la ciencia producirá frutos tanto mayores cuanto más profunda sea la convicción de que el origen divino del hombre hace de la familia humana una *comunidad de hermanos* mediante el vínculo del amor recíproco. E innumerables son las pruebas - rigurosamente corroboradas por la ciencia- de la singular aportación que puede ofrecer el amor, tanto preventiva como terapéuticamente, para superar no pocos disturbios mentales, a menudo causados por una organización desordenada de la vida personal y unas

relaciones equivocadas o deficientes establecidas con los demás (...).

Tiene que estar claro, en primer lugar, que para sí mismos, para la sociedad y de forma particular, para la Iglesia, los enfermos mentales son como cualquier víctima de enfermedad, sea la que sea”

Como se puede observar, las consideraciones del Papa apelan a la dignidad misma del enfermo mental, que ha de ser considerado como persona y atendido como tal: un sujeto dotado de una constitución psico-somática y de una configuración social inesquivable. La misma observación de la eficacia del amor en el tratamiento de los enfermos mentales puede ser corroborado por las ciencias empíricas y por todos los profesionales de la salud, tanto creyentes como no creyentes.

2. ESPECIFICIDAD DEL PLANTEAMIENTO CRISTIANO

Sin embargo, es preciso dar un paso más. El cristiano puede y debe atender a los enfermos con la misma profesionalidad con la que lo atienden sus colegas no cristianos. Lo especificidad no está tanto en el terreno del "qué" cuanto en el ámbito del "porqué".

Puede verse en *Labor Hospitalaria* 220 (1991) 156.

La especificidad de la ética cristiana se encuentra enraizada en la confesión de la fe en el Dios de Jesucristo. Si la fuente de la moralidad es el hombre, el cristiano afirma que el paradigma del hombre se encuentra en Jesús de Nazaret, profeta de Dios y Dios

hecho hombre en la historia. Esa historicidad de la revelación divina incluye para el cristiano la memoria - a la vez noética y ética- de tres momentos que resultan inevitablemente normativos:

- a.) Se puede afirmar que la fe cristiana ayuda a los profesionales de la medicina y del cuidado a descubrir en los enfermos mentales la dignidad de la persona, creada por Dios a su imagen y semejanza (cf. Gén 1,26-27), afirmación ésta que es también común al judaísmo, al Islam y a otras religiones.
- b.) Además, las personas afectadas por enfermedades mentales nos recuerdan el rostro más pobre y desvalido de la humanidad. Seguramente por eso se muestran en los evangelios como objeto del interés y de la misericordia de Jesús. Los enfermos mentales son algo así como el icono de la salvación que Jesús anuncia y realiza, como se puede ver en el relato paradigmático de la curación del endemoniado de Gerasa (cf. Mc 5, 1-20), y por fin, la fe en el señorío de Jesucristo, que convierte el amor desinteresado a los pequeñuelos en criterio de pertenencia a su reino, nos lleva a ver en estos enfermos -como en todos los demás- el rostro mismo del Señor, que ha de ser acogido y atendido (cf. Mt 25,36.43)

Con motivo de la XI Conferencia Internacional de pastoral sanitaria (28-30.11.1996), dedicada

precisamente a los trastornos de la mente humana, Juan Pablo II decía a los participantes:

"Cristo tomó sobre sí todos los sufrimientos humanos, incluso el trastorno mental. Sí, también este sufrimiento, que se presenta tal vez como el más absurdo e incomprensible, configura al enfermo con Cristo y lo hace partícipe de su pasión redentora.

Quien sufre un trastorno mental lleva en sí 'siempre', como todo hombre, la imagen y semejanza de Dios. Además, tiene 'siempre' el derecho inalienable no sólo a ser considerado imagen de Dios y, por tanto, persona, sino también a ser tratado como tal.

A cada uno le corresponde la tarea de poner en práctica la respuesta: es necesario mostrar con los hechos que la enfermedad mental no crea brechas insuperables ni impide las relaciones de auténtica caridad cristiana con quien la padece. Más aún, debe suscitar una actitud de particular atención hacia estas personas, que pertenecen con pleno derecho a la categoría de los pobres, a los que corresponde el reino de los cielos (cf. Mt 5,3), 2."

Estas palabras resumen esas aportaciones de la revelación que configuran la identidad de una ética específicamente cristiana de la atención sanitaria a las personas afectadas por enfermedades mentales.

3. ALGUNAS CONSECUENCIAS CONCRETAS

Si fuera preciso extraer de aquí algunas consecuencias concretas para la práctica ordinaria de estos enfermos, tal vez podría esbozarse este heptálogo provisional:

1. La ética cristiana reconoce la dignidad personal de los enfermos mentales, cualquiera que sea su grado o condición.

2. Tales pacientes han de ser acogidos, tratados y respetados de la misma forma en que son tratados los demás enfermos, habida cuenta de su situación concreta y de las posibilidades existentes en el ambiente.

3. En la medida de lo posible, es preciso contar con el consentimiento informado de los pacientes en atención a la “atención” y respeto a su vida, entendida en términos de cantidad y de calidad.

4. En los casos en los que sea preciso acudir a otras personas para recabar un consentimiento y una decisión que afecte a los enfermos mentales, habrá que asegurarse de que tal decisión obedezca al bien integral de la persona afectada.

5. La defensa del bien integral de la persona incluye también el respeto y la atención a los valores espirituales y morales inherentes a su confesión religiosa.

6. Es preciso recordar que el paciente cristiano es miembro de una comunidad que trasciende sus relaciones inmediatas. En la medida de lo posible, el

enfermo tiene el derecho de participar en la vida de la Iglesia como objeto de su atención e, incluso, como sujeto de la evangelización.

7. La fe cristiana incluye la confesión y la esperanza de la vida eterna, garantizada y asumida por el Dios que resucitó a Jesucristo. En consecuencia, la atención a los enfermos mentales ha de procurar mantener y celebrar esa gozosa esperanza.

3.4

LAS RELACIONES AFECTIVAS, EMOCIONALES, SEXUALES EN LOS PACIENTES ATENDIDOS EN NUESTROS CENTROS

D. Germán Baraibar
Médico Psiquiatra.
Hospital Aita Menni. Mondragón

3.4. LAS RELACIONES AFECTIVAS / EMOCIONALES / SEXUALES DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN NUESTROS CENTROS

Intentar analizar esta problemática desde el punto de vista “técnico” conduciría a visualizar la psicopatología que se describe en las alteraciones afectivas y sexuales de las patologías que tratamos. Pero creo que la intención de la propuesta es aportar una descripción de lo que vemos y de los problemas que se nos plantean en la cotidianidad de nuestra labor.

La primera reflexión al leer el título sugiere que hay o debería de haber una conexión entre las relaciones afectivo-emocionales y las sexuales, y esto es un apriorismo muy cuestionable hoy en día.

La segunda reflexión es que el acotamiento “en nuestros Centros” puede dar a entender que es efectivamente una reducción de campo de estudio, cuando en realidad abarca un amplio espectro de patologías, circunstancias, personas y personalidades difícilmente uniformables.

Y como tercera reflexión hacia el enunciado, no se demarca el ámbito al que se refiere ya que algo relevante en “nuestros Centros” es la elevada calidad humana del personal lo que, indudablemente, implica el

establecimiento de fuertes lazos afectivos entre los trabajadores.

El mundo relacional es inherente al ser humano así como a otras especies animales. Las relaciones sociales e interpersonales son básicas a la hora de establecer un desarrollo adecuado de la personalidad de cada individuo. Ya desde el inicio de la vida comienza a estructurarse el mundo relacional de una forma interactiva. Los modelos relacionales que un sujeto haya experimentado en su desarrollo influirán de forma determinante en su propio modelo relacional en la etapa adulta.

Por tanto hay una carga instintivo-genética que nos conduce a relacionarnos e interactuar con el entorno y hay un período de aprendizaje que sobre esa carga genética perfila el modelo de relación de cada individuo. Este modelo relacional es parte integrante de la personalidad del individuo.

El significado psicopatológico de los términos personalidad, humor, afecto, sentimiento y emoción difieren en mayor o menor grado del significado de los mismos en la cotidianidad. Pero en términos generales diremos que toda experiencia produce una manifestación afectiva de naturaleza subjetiva en términos de atracción-repulsión, agrado-desagrado, alegría-tristeza, en distinta intensidad cuyas expresiones emocionales varían asimismo en forma y grado.

En sentido amplio, toda relación interpersonal, como tal experiencia, produce una manifestación afectiva de naturaleza subjetiva en los términos anteriormente

descritos que tienden al vínculo o al rechazo con sus expresiones emocionales. La personalidad de cada individuo, su modelo de relación, su experiencia afectiva y su expresividad emocional perfilarán el grado y modo del vínculo o rechazo. Los intereses afectivos y de otros órdenes modularán, asimismo, el perfil de la relación.

En conclusión, el ser humano es un ser relacional que en su desarrollo madurativo establece unos vínculos afectivos que son fuente de satisfacción, autoestima y confianza. Por tanto podemos considerar que es saludable (en términos de salud) todo lo que favorezca el establecimiento y mantenimiento de relaciones afectivas maduras.

Sin generalizar pero se constata que en la enfermedad mental severa se produce una alteración tanto del mundo relacional como en el afectivo ya sea en cantidad y/o en cualidad, ya sea por un desarrollo insuficiente o inadecuado o ya sea por la pérdida de la capacidad sobre un desarrollo normal. No es lo mismo un esquizofrénico, un trastorno afectivo, un retraso mental, una demencia, ni es igual un esquizofrénico a otro etc.

Política institucional

Aunque en nuestra Organización lo extrahospitalario está siendo ampliamente desarrollado, la base histórica es la institucionalización.

Se supone que un paciente se institucionaliza porque no puede o no tiene los suficientes apoyos para vivir en la comunidad. Se crea así un submundo integrado por personas que la sociedad no puede o no da los recursos suficientes como para normalizarlos.

Así, en el tema que nos atañe, las posibilidades relacionales de nuestros pacientes (independientemente de su capacidad) se delimitan en tres ámbitos: el sociofamiliar, el de los propios compañeros y el del personal asistencial. Pero hay un cuarto ámbito más sutil que es la relación afectiva del paciente con la propia institución que tiene que ver con las personas, los modos, la filosofía institucional, la política institucional, la estructura institucional, la calidad, la relación con los familiares, etc.

Anteriormente hemos referido que es saludable todo lo que favorezca el establecimiento y mantenimiento de relaciones afectivas maduras como fuente de bienestar, autoestima y confianza. Ahora añadiríamos: lo más maduras posibles.

Para este objetivo es imprescindible la aplicación del mejor tratamiento médico-psiquiátrico para paliar la alteración de que se trate. Sin embargo, si consideramos importante el mundo relacional, habría que delimitar una política institucional para favorecerlo. Esto tiene que ver con los medios materiales, con la política de personal, la económica y la asistencial; con el tipo de relación con los familiares, con las relaciones interpersonales en los equipos, con favorecer la autonomía relacional entre los pacientes, etc.

Por tanto no solo es un problema “técnico” sino también de política institucional y de disposición de recursos.

Abordaje de la sexualidad en las instituciones

Tema aparte es el abordaje de la sexualidad en las instituciones. La conducta sexual viene determinada por factores biológicos, psicológicos, educacionales, culturales y morales. En nuestra sociedad es cada vez mayor la tendencia a ligar sexualidad con libertad, admitiéndose como lícita toda forma de actividad sexual elegida voluntariamente por sus participantes, dentro de un marco de sentido, siempre que no tenga consecuencias lesivas para ellos. Asimismo el concepto de normalidad en la sexualidad va ampliando sus márgenes como se ve en las clasificaciones internacionales a lo largo del tiempo.

Es innegable que en nuestra sociedad y cultura el modo y manera de entender la sexualidad ha variado sustancialmente con respecto a décadas pasadas. Las instituciones no son ajenas a estos cambios pero permanecen una actitud paternalista y moral ante esta problemática. Las necesidades y deseos de relación sexual de nuestros pacientes son unos grandes desconocidos y únicamente nos interesamos cuando surge algún problema. En general, mantenemos una visión en la que consideramos el establecimiento de relaciones íntimas satisfactorias como algo no necesario para nuestros pacientes.

En los escasos estudios que hay sobre la sexualidad de pacientes crónicos psiquiátricos hospitalizados resaltan las siguientes constataciones:

a) Muchos pacientes psiquiátricos crónicos son sexualmente activos. La masturbación es la actividad sexual más común pero un número sustancial de pacientes (sobre todo más jóvenes) tiene contactos hetero y homosexuales. Estas últimas favorecidas por la dificultad de establecer relaciones heterosexuales.

b) Muchos pacientes tienen dificultades al establecer relaciones íntimas y presentan un alto índice de disfunciones sexuales. La falta de educación sexual, déficit en la orientación de su problemática y la ausencia de espacios adecuados para mantener relaciones, favorecen la participación en conductas sexuales molestas para otros o peligrosas para ellos mismos o para otros.

c) Los esfuerzos realizados para acercarse a esta problemática se han orientado hacia grupos de educación sexual. Muchos pacientes muestran déficit cognitivos a la hora de atender, procesar y transformar la información en conducta. La información que se proporciona se contradice con la actitud posterior ya que, por ejemplo, no se proporcionan preservativos, no se facilitan espacios adecuados para la actividad sexual por lo que las prácticas sexuales se realizan en lugares inadecuados etc.

d) El personal de los hospitales mantiene muchas inquietudes con relación a la sexualidad de los

pacientes. Aparte de las lógicas preocupaciones en relación a posibles embarazos o transmisión de enfermedades, hay una problemática moral que inevitablemente surge cuando se trata de sexo.

Todos están de acuerdo en la necesidad de políticas institucionales relativas a la sexualidad de los pacientes. Sin embargo, estas políticas son inexistentes.

El establecimiento de una política institucional no es sencillo ya que se trata de una problemática muy compleja donde existen fuertes condicionamientos educacionales, culturales y morales. Y estos condicionamientos no solo afectan al individuo sino también a la sociedad, a la familia y a la propia Institución.

La primera cuestión es si la libertad sexual es un derecho del paciente ya que como tal no viene recogido en la carta de derechos y deberes de los pacientes.

La segunda cuestión es cómo determinar el mínimo nivel de competencia de un paciente para que se pueda considerar válido un consentimiento libre a la práctica de una relación sexual.

La tercera cuestión es cómo abordar los límites entre un libre consentimiento y la obligación de protección y custodia que tiene una Institución sobre los internos.

Situaciones habituales

Con respecto a los problemas que se nos presentan en la cotidianidad hay tres aspectos que al menos como enunciado, podemos estar todos de acuerdo.

1. El primero es determinar si la actitud sexual del interno es patológica o no.
2. La segunda es estar alerta para que en ningún caso se produzca una situación de abuso.
3. La tercera es controlar toda actividad sexual que se realice de forma indecorosa, en lugar público o que pueda molestar a terceros.

Con respecto al abuso, habría que ponerse de acuerdo con su definición. Es claro que podemos considerar abuso toda aquella conducta a la que una de las partes no da su consentimiento, se realiza de forma forzosa, hay una clara indefensión o no hay una mínima capacidad para consentir una relación sea cual fuere. Con este concepto los casos extremos son claros pero hay otros en los que la valoración de abuso es discutible y depende de quien evalúe la situación pueda considerar que se trata o no de una situación de abuso.

Cada situación hay que analizarla de forma individual pero en líneas generales las realidades más frecuentes son las siguientes:

La masturbación es, en todos los estudios, la forma mas frecuente de actividad sexual. Por otra parte es la

menos conflictiva siempre que se realice de forma discreta y en lugar apropiado.

Un buen número de pacientes que están casados pueden mantener relaciones con sus parejas lo que tampoco nos genera ningún conflicto a no ser alguna excepción como abusos dentro del matrimonio.

Hay pacientes que pueden mantener relaciones de forma impredecible y/o indiscriminada pero mantienen un mínimo nivel cognitivo como para saber lo que están haciendo. En estos casos hay que priorizar la restricción de libertad o la adopción de medidas contraceptivas incluso en contra de la voluntad del paciente. Pueden ser pacientes de riesgo de ser contagiados de alguna enfermedad de transmisión sexual.

Hay pacientes que cambian favores sexuales por café, tabaco o dinero. No se suelen permitir cuando excepcionalmente se han detectado con personas externas al hospital. Sin embargo cuando se detecta que se realizan con otros pacientes generan situaciones conflictivas como en el apartado anterior. Si no se detecta una situación de abuso la tendencia es a ignorarlo, como si no pasara.

Hay parejas de pacientes mas o menos estables que suelen mantener relaciones sexuales y dado que no hay un lugar apropiado para ello dentro del hospital se ven obligados a realizarlo en lugares poco dignos para ello. En algún caso han solicitado una habitación y se les ha dado la callada por respuesta. En algún otro caso los

propios familiares y profesionales han facilitado salidas conjuntas fuera del Hospital.

Hay pacientes con salidas libres cuya actividad fuera del hospital no está controlada.

Se dan situaciones excepcionales que, como todas, se analizan individualmente.

En definitiva, independientemente de la posición moral de la que partamos, la realidad es que en la sociedad ha cambiado la valoración de la sexualidad y de las relaciones sexuales. Asimismo ha variado radicalmente la posición del paciente-usuario en la relación sanitaria y hacia las instituciones. Este cambio también es palpable en nuestros pacientes y sobre todo en los llamados “nuevos crónicos”. Esta situación plantea una problemática a nivel institucional que tiene que dar respuesta a través de una política que en mi conocimiento todavía nadie ha sido capaz de definir y estructurar.

A MODO DE CONCLUSIÓN

Aunque pueda parecer redundante, porque las situaciones que se describen son similares a las que se acaban de citar, nos ha parecido conveniente insertar las conclusiones del trabajo elaborado con los datos aportados por los grupos transversales existentes en la Provincia, debido a que completan lo dicho anteriormente y ayudan a los profesionales a plantearse, al menos, la cuestión de si han de intervenir en tales situaciones y en qué sentido.

- a) Masturbación en presencia de otras personas o sin las precauciones de intimidad que socialmente son consideradas adecuadas.
- b) Uso de material pornográfico en esas mismas circunstancias.
- c) Comentarios obscenos, proposiciones de relaciones o tocamientos hacia otras personas que pueden ser tanto personal, familiares, otros pacientes, o simplemente personas desconocidas. Este tipo de conductas, además de ser muy molestas para las personas diana, han dado lugar a denuncias que adquieren una especial gravedad si las víctimas son menores.
- d) Intento de un paciente de forzar relaciones sexuales sin el consentimiento de la otra parte.

- e) Demanda o expresión de deseo de satisfacción sexual en presencia de alteraciones motoras tan importantes que impiden al paciente tomar cualquier iniciativa en ese terreno, incluso la masturbación.
- f) Solicitud de las parejas previas de los pacientes de la posibilidad de mantener relaciones sexuales en el Centro.
- g) En el caso anterior, y también en casos de licencias temporales, conocimiento de que el paciente está teniendo relaciones sexuales con su pareja habitual cuando tenemos muchas dudas acerca de la competencia del propio paciente para decidir. Este caso se suele dar en pacientes con demencia, con daño cerebral o con alguna enfermedad degenerativa cerebral. Las dudas acerca de la competencia del paciente pueden acompañarse de desinhibición sexual lo cual puede invitar al familiar a la propia relación.
- h) Inicio de relaciones afectivas y/o sexuales entre pacientes que viven en el Centro. La actitud de los familiares suele ser contraria, e incluso a veces exigen que la Institución sea garante de la ausencia de relaciones.
- i) Inicio de relaciones afectivas y/o sexuales entre usuarios de nuestros dispositivos ambulatorios tipo Centros de día. La desigualdad de

competencia plantea la cuestión del posible abuso.

- j) Inicio de relaciones afectivas y/o sexuales entre pacientes y personas ajenas a la Institución.
- k) Solicitud de relaciones afectivas y/o sexuales de pacientes a personal.
- l) Relaciones sexuales de pacientes o usuarios, que son conocidos por el personal, con prostitutas.
- m) Aunque no haya salido en la recogida de información llevada a cabo en los grupos transversales, es prudente plantearse el caso de las relaciones afectivas o sexuales entre personal y pacientes.

3.5

VALORACIÓN DE LA COMPETENCIA EN EL PACIENTE PSIQUIATRICO

D. Manuel Martín
Médico Psiquiatra
Director Médico de los Centros de
Pamplona y Elizondo
Coordinador Asistencial de la Provincia.

3.5. VALORACIÓN DE LA COMPETENCIA EN EL PACIENTE PSIQUIATRICO

1. Introducción

En las últimas décadas del siglo XX hemos asistido al crecimiento de la importancia de la valoración de la competencia de los pacientes en toda la práctica médica, y especialmente en la asistencia psiquiátrica. La tradición médica occidental se ha asentado sobre el llamado Principio de Beneficencia, que exige que los clínicos procuren el bien a los enfermos. Aunque se ha puesto en relación esta actitud con el precepto hipocrático *Primum Non Nocere*, la realidad es que el mandato beneficentista no se limitaba a la prohibición de dañar, sino que buscaba además hacer el Bien. Pero era el médico, y sólo él, quien determinaba qué era el Bien para el enfermo, y cómo y cuándo había que procurárselo. Especialmente en el ámbito mediterráneo, la relación médico - enfermo se basaba en un vínculo de confianza, que ponía al enfermo literalmente en manos del médico. Esta orientación paternalista, esencia de la práctica médica clásica, ha entrado en crisis cuando el reconocimiento del Principio de Autonomía y del derecho al Consentimiento Informado (CI) ha permitido, entre otros cambios, que se reconozca que el enfermo es un ser con capacidad de toma de decisiones sobre su persona (1).

De esta manera, el enfermo deja de ser incapaz e inmaduro a causa de su enfermedad y pasa a participar activamente en su asistencia, expresando sus intereses y preferencias al respecto, en un proceso en el que los clínicos facilitan información y el paciente consiente la realización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos (2). Se reconoce así la capacidad del enfermo de gobernarse a pesar de la enfermedad. En nuestra legislación, la *Ley 14/86 de 25 de abril, General de Sanidad*, desglosa el derecho al CI en sus artículos 10.5 (sobre el derecho a la Información), 10.6 (sobre el derecho al Consentimiento) y 10.9 (sobre el derecho a no consentir). El artículo 10.6 establece además las excepciones del CI: riesgo para la salud pública, situación de urgencia e incapacidad para la toma de decisiones, en cuyo caso el derecho de consentimiento corresponderá a los familiares o personas allegadas.

También es importante la *Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (ley 41/2002)*, que deroga en parte la ley General de Sanidad a la que completa y actualiza. Se trata de una ley aplicable a todo el territorio español sin perjuicio de que el Estado y las Comunidades Autónomas adopten en el ámbito de sus respectivas competencias, las medidas necesarias para su efectividad. Es un marco mínimo (básico) pero obligatorio, sin que pueda ser contravenido por las normas de desarrollo, aunque se hayan dictado con anterioridad a la ley básica. Es de aplicación supletoria en los supuestos de consentimientos informados especiales (investigación,

extracción y trasplante, reproducción humana asistida) ó en los que carezcan de regulación especial. Su objeto (art. 1) es la regulación de los derechos y obligaciones de los pacientes, usuarios, profesionales y de los centros y servicios sanitarios, públicos y privados, en materia de autonomía del paciente y de información y documentación clínica.

Además, se basa en unos principios básicos y aclara su contenido mediante una serie de definiciones legales. De entre los principios básicos (Art. 2) merecen destacarse: la dignidad de la persona humana, el respeto a la autonomía de su voluntad, a su intimidad, que orientarán toda la actividad encaminada a obtener, utilizar, archivar, custodiar y transmitir la información y documentación clínica. La ley dispone, bajo la inspiración del Convenio de Oviedo, que toda actuación en el ámbito de la sanidad requiere, con carácter general, el previo consentimiento de los pacientes o usuarios. El consentimiento, que debe obtenerse después de que el paciente reciba una información adecuada, se hará por escrito en los supuestos previstos por la ley. En consecuencia, se afirma que todo paciente o usuario tiene derecho a decidir libremente, después de recibir la información adecuada entre las opciones clínicas disponibles y que tiene derecho a negarse al tratamiento, excepto en los casos determinados en la ley, debiendo constar por escrito su negativa al tratamiento. Recoge también esta ley los necesarios deberes en este ámbito, con la mirada puesta en el interés de la comunidad, y así establece que todo paciente o usuario tiene el deber de facilitar los datos sobre su estado físico o sobre su salud de manera leal y

verdadera, así como el de colaborar en su obtención especialmente cuando sean necesarios por razones de interés público ó con motivo de la asistencia sanitaria. Al mismo tiempo, impone deberes generales a los profesionales de manera que todos los que intervienen en la actividad asistencial están obligados no sólo a la correcta prestación de sus técnicas sino al cumplimiento de los deberes de información y documentación clínica y al respeto de las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por el paciente. Además toda persona que elabore o tenga acceso a la información y a la documentación clínica está obligada a guardar la reserva debida.

Destacan por su importancia, las definiciones legales que hacen referencia al consentimiento informado, a la información clínica, a la intervención en el ámbito de la Sanidad, a la libre elección y al médico responsable. El consentimiento informado es la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecte a su salud. La información clínica es todo dato, cualquiera que sea su forma, clase ó tipo, que permita adquirir o ampliar conocimientos sobre el estado físico y la salud de una persona, o la forma de preservarla, cuidarla, mejorarla o recuperarla.

Por intervención en el ámbito de la Sanidad se entiende toda actuación realizada con fines preventivos, diagnósticos, terapéuticos, rehabilitadores o de investigación. La libre elección es la facultad del paciente o usuario de optar, libre y voluntariamente,

entre dos o más alternativas asistenciales, entre varios facultativos o entre centros asistenciales, en los términos y condiciones que establezcan los servicios de salud competentes, en cada caso. Por último, el médico responsable es el profesional que tiene a su cargo coordinar la información y la asistencia sanitaria del paciente con el carácter de interlocutor principal del mismo en todo lo referente a su atención e información durante el proceso asistencial, sin perjuicio de las obligaciones de otros profesionales que participan en las actuaciones asistenciales.

La cuestión, por lo tanto, es poder determinar si una persona enferma mantiene o no la capacidad de gobernarse por sí misma para poder orientar adecuadamente su asistencia y, si llega el caso, tomar las decisiones sanitarias pertinentes, o si por el contrario pueden ponerse en práctica las medidas sanitarias que estén indicadas aun sin una participación o consentimiento del sujeto.

Guía de Buena Práctica Clínica

El Derecho del paciente al Consentimiento Informado, proclamado por la legislación sanitaria, exige a los clínicos una especial atención a su cumplimiento, favoreciendo la participación del paciente en las decisiones sobre su asistencia sanitaria.

2. Valoración de la Competencia

Junto con la Voluntariedad y la Información, la Competencia (COMP) es uno de los elementos

fundamentales del CI. Simón y Concheiro la definen como:

Capacidad del paciente para comprender la situación a la que se enfrenta, los valores que están en juego y los cursos de acción posibles con las consecuencias previsibles de cada uno de ellos, para a continuación tomar, expresar y defender una decisión que sea coherente con su propia escala de valores (3).

Se trata de un concepto muy complejo, que alude al aspecto más operativo de la autonomía de las personas y al que en ocasiones se incorporan la validez (relacionada con la intencionalidad) y la autenticidad (basada en la escala de valores del individuo). En todo caso, se trata de una cualidad en principio general que debe caracterizarse y calificarse en relación a una tarea: obrar, votar, contratar, testar o tomar decisiones sanitarias. Puesto que *en principio ha de considerarse a toda persona autónoma. La COMP o la capacidad de autogobierno debe presumirse y en todo caso deberá demostrarse la incompetencia (4). Por lo tanto, mientras no se demuestre lo contrario, todo sujeto es competente.* En el marco clínico, la duda sobre la COMP se presenta cuando una persona plantea una decisión que resulta conflictiva. Si no hay desacuerdo con el médico o si la decisión no introduce riesgos significativos no suele cuestionarse la COMP del individuo, aunque en un sentido estricto y teórico pudiera dudarse de ella. Habrá que plantearse, por lo tanto, cómo valorar la COMP y cómo hacerlo de manera que toda teoría al respecto no suponga un mero

sofisma orientado a etiquetar como incompetentes a los individuos que no aceptan las indicaciones terapéuticas. La COMP puede contemplarse desde una perspectiva relativista, como un continuum entre la competencia plena y la incompetencia total. Según esta concepción la COMP es cuestión de grado: se puede tener más o menos, y la diferencia competencia/ incompetencia deberá ser necesariamente arbitraria. Desde otra perspectiva, puede hablarse de un concepto de umbral, lo que implica que existe un estándar o un requisito mínimo de COMP, y que todos aquellos que lo pasen son competentes por igual, en tanto que todos los que no lo pasen son incompetentes por igual. Esta concepción es la más práctica, aunque es evidente que la idea de un continuum aporta otros elementos valiosos. Así, aunque todos los que sobrepasan el umbral (por ejemplo, las pruebas del carné de conducir) son en principio igualmente competentes "hacia abajo" para unos requisitos mínimos (conducción rutinaria o habitual), habrá personas más competentes "hacia arriba" (conducción para disputar un rally) (4).

Por otra parte, la COMP es un atributo de gran variabilidad. Una persona puede ser competente para una función (decidir sobre un tratamiento, por ejemplo), pero no para otra (conducir un vehículo). Asimismo, la COMP puede variar en un individuo a lo largo del tiempo. Es evidente que una persona inconsciente no tiene la misma capacidad de autogobierno que la que posee al recuperar el nivel de conciencia normal. Esto implica que algunas situaciones de incompetencia son tratables; esto es: pueden desaparecer (y el individuo puede pasar a ser

competente) si se corrige el problema que las ha generado.

Existen muchos criterios de valoración de COMP. Los más conocidos son los de **Appelbaum y Grisso** (5):

1. Capacidad de comunicar una elección. Requiere una capacidad para mantener y comunicar elecciones estables un tiempo lo suficientemente dilatado como para poder llevarlas a cabo.

2. Comprensión de la información relevante para la decisión a tomar. Requiere la existencia de memoria suficiente para almacenar palabras, frases y secuencias de información, reteniéndose así los datos fundamentales sobre la situación. Exige asimismo un nivel adecuado de atención y participación de los procesos intelectuales.

3. Apreciación de la situación (enfermedad, elección) y sus consecuencias. Este criterio se refiere al significado que tienen los datos y las situaciones (estar enfermo, tener que tomar una decisión, consecuencias) para el paciente. No se relaciona con lo razonable o no razonable de la opción del paciente, sino con la necesaria aprehensión de la situación para poder tomar una decisión.

4. Manipulación racional de la información. Supone la capacidad de utilizar procesos lógicos para comparar beneficios o riesgos, sopesándolos y considerándolos para llegar a una decisión. Implica una capacidad para alcanzar conclusiones lógicamente consistentes con las

premisas, de modo que se refleje el valor o peso que previamente se les asignó.

La Canadian Psychiatric Association, a su vez, propuso los siguientes criterios para la valoración de la COMP para consentir tratamientos, formulados como cuestiones (6). Estos criterios pueden extrapolarse para valorar la COMP para otras decisiones:

1. ¿Comprende el paciente la enfermedad para la que se propone el tratamiento?
2. ¿Comprende el paciente la naturaleza y el propósito del tratamiento?
3. ¿Comprende el paciente los beneficios y los riesgos de seguir el tratamiento?
4. ¿Comprende el paciente los beneficios y los riesgos de no seguir el tratamiento?

Si bien estas preguntas se refieren sólo a la comprensión de determinadas cuestiones, implícitamente contemplan aspectos como la apreciación y manipulación racional de la información. Por otra parte, en la aplicación práctica de estos criterios, toda persona que no puede comunicarse es considerada incompetente. En relación con los diferentes criterios de COMP deben hacerse algunas precisiones.

1.- La valoración de COMP se orienta hacia tareas específicas (conducir, testar, autogobierno, consentir un tratamiento, etc). Esto quiere decir que personas que se

desenvuelven con absoluta independencia en otros ámbitos de la vida pueden, en un momento determinado, ser consideradas incompetentes para la toma de decisiones sanitarias.

2.- Los criterios no mencionan en ningún momento qué entidades clínicas concretas conlleven automáticamente incompetencia para la toma de decisiones sanitarias. Puesto que ha de presumirse que todo sujeto es competente no puede suponerse de antemano que un paciente afecto, por ejemplo, de una psicosis esquizofrénica, sea por definición incompetente. Será preciso en su caso estudiar el grado de cumplimiento de estos criterios de COMP.

3.- Los criterios expuestos tienen un grado de exigencia diferente. Obviamente, para comunicar una decisión se requiere un funcionamiento mental mucho más elemental que para apreciar la situación o manipular racionalmente la información. Por este motivo, a la hora de valorar la COMP debe adecuarse el criterio a elegir con la situación clínica a la que nos enfrentemos. *Cuando la aceptación o rechazo del paciente no conlleva un riesgo especial puede optarse por un criterio de COMP de baja exigencia. Sin embargo, habrá que utilizar un criterio exigente cuando la decisión del paciente puede acarrear un riesgo importante (por ejemplo, el rechazo de un tratamiento necesario, o el consentimiento para participar en un ensayo clínico frente a placebo con un riesgo del 50% de ser tratado con medicación inerte) (7,8,9).*

4.- Algunas decisiones poco convencionales pueden ser perfectamente competentes si se cumplen los criterios expuestos. En estos casos suelen tener que ver con escalas de valores, ideologías personales, o estilos de vida relativamente atípicos que obviamente, en ausencia de patología psiquiátrica nítida no pueden ni deben considerarse denotadores de incompetencia.

Appelbaum y Grisso (5) sugieren algunas estrategias para la valoración del cumplimiento de sus criterios. La *capacidad* de comunicar una elección se evalúa preguntando al paciente su decisión y repitiendo la pregunta al cabo de unos minutos. La *comprensión* de la información puede evaluarse solicitando al paciente que parafrasee la información que se le ha dado o solicitándole que explique qué significan las probabilidades que se le han comunicado. Para valorar la *apreciación* de la situación es necesario indagar sobre las concepciones del paciente sobre la enfermedad, la necesidad de tratamiento y la evolución, su motivación, etc. Finalmente la *manipulación* racional de la información puede evaluarse examinando la cadena de razonamientos. Según estos autores, aunque son pocas las personas que llegan a decisiones por procesos rigurosamente lógicos, en principio cualquier persona puede indicar los principales factores en su decisión y la importancia que les ha asignado.

Otras estrategias de valoración consisten en cuestionarios a modo de examen/ guía de ciertos criterios de competencia, o ciertos cuestionarios. Por lo general todos estos instrumentos son de uso experimental y no han sido validados ni divulgados a

gran escala, por lo que la valoración debe ser sobre todo clínica.

Guías de la Buena Práctica:

- *En principio, debe presumirse que toda persona es competente, y en todo caso deberá demostrarse la incompetencia.*
- *En la valoración de la competencia deben utilizarse criterios orientativos*
- *Los criterios a emplear deben adecuarse a la situación clínica concreta, de manera que su exigencia sea proporcional al riesgo que entrañe para el paciente el riesgo que le implique el rechazo o la aceptación del procedimiento terapéutico propuesto.*
- *El proceso de valoración y la justificación de la opinión del evaluador debe documentarse en la historia clínica.*

CONCLUSIÓN

Partimos del principio básico y esencial: la dignidad de la persona, aún en situación de vulnerabilidad que genera la enfermedad, y más aún si se trata de enfermedad mental; en ese contexto, afirmamos que el enfermo es un ser con capacidad de tomar decisiones sobre su persona, sobre todo si son personalísimas, y que esta capacidad se debe promover y proteger hasta donde sea posible.

Se le reconoce así al enfermo la capacidad de gobernarse, a pesar de la enfermedad. En nuestro caso,

al tratarse de enfermos mentales, la cuestión es poder determinar si la persona enferma mantiene o hasta que punto mantiene, la capacidad de gobernarse por sí misma y tomar decisiones para mantener relaciones sexuales.

La regla general indica descubrir y respetar esa voluntad; que, aplicado al caso concreto, lleva a que los profesionales tengan que valorar en cada paciente y para cada situación la capacidad y competencia de consentir y de establecer relaciones afectivas en las que tenga cabida la manifestación sexual, valiéndose para ello de los criterios de valoración expuestos, y también de los principios de la Hospitalidad.

Esta valoración de la competencia para mantener relaciones sexuales, debe registrarse en la Historia Clínica del paciente.

3. Bibliografía

1. - Simón Lorda P, Concheiro Carro L. El consentimiento informado: de la historia de las decisiones judiciales a la fundamentación ética. *Jano* 1995; XLVIII: 897-909
- 2.- Lidz CW, Appelbaum PS, Meisel A. Two models of implementing informed consent. *Arch Intern Med* 1988; 148: 1385-1389
- 3.- Simón Lorda P, Concheiro Carro L. El consentimiento informado: teoría y práctica (1). *Med Clin (Barc)* 1992; 100: 659-663
- 4.- Childress JF. *Who should decide? Paternalism in health care* New York: Oxford University Press, 1982.
- 5.- Appelbaum PS, Grisso T. Assessing patients' capacities to consent to treatment. *N Engl J Med* 1988; 319: 1635-1638
- 7.- Roth LH, Meisel A, Lidz CW. Tests of competency to consent to treatment. *Am J Psychiatry* 1977; 134: 279-284
- 8.- Drane JF. Competency to give an informed consent. A model for making clinical assessments. *JAMA* 1984; 252: 925-927
- 9.- Buchanan AE, Brock DW. *Deciding for others: the ethics of surrogate decision making.* New York: Oxford University Press, 1989
- 10.- Medrano Albéniz, J. El enfermo incapaz de cuidar de sí. 1 Congreso Virtual de Psiquiatría, 1 de Febrero - 15 de Marzo 2000; Conferencia 14-0-C: [24 pantallas].

3.6

PROCEDIMIENTO DE ELABORACIÓN DEL PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ANTE LOS COMPORTAMIENTOS SEXUALES

D. Manuel Martín
Médico Psiquiatra
Director Médico de los Centros de
Pamplona y Elizondo
Coordinador Asistencial de la Provincia.

3.6. PROCEDIMIENTO DE ELABORACIÓN DEL PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ANTE LOS COMPORTAMIENTOS SEXUALES

1. INTRODUCCION

La intimidad, la sexualidad, y los comportamientos sexuales constituyen algunos de los aspectos más sensibles y controvertidos que surgen en la atención a pacientes psiquiátricos en programas residenciales. Dado que la enfermedad mental produce con frecuencia alteraciones en el funcionamiento cognitivo y en la capacidad de juicio, la expresión sexual en el paciente psiquiátrico puede resultar conflictiva y difícil de manejar en un entorno de vida en común, como son las unidades residenciales. Por otra parte, los profesionales podemos considerar a los pacientes como seres asexuados, reflejando una creencia muy arraigada en la sociedad, que establece que “la sexualidad es para las personas mentalmente sanas”. En consecuencia, puede ser difícil para los profesionales aceptar que los residentes, en función de su competencia y capacidad para consentir, puedan buscar y establecer relaciones afectivas en las que tenga cabida la manifestación sexual. Por otra parte, es posible que existan diferencias entre los distintos miembros del equipo terapéutico en cuanto a creencias personales, valores, y formación con respecto a este tema, lo que puede resultar en una discrepancia en la permisividad tolerada por los

diferentes miembros del equipo. También puede contribuir a ello las dificultades para expresar francamente las opiniones al respecto. Tampoco podemos olvidar que la conducta sexual en personas con enfermedad mental tiene también connotaciones legales y éticas, y que se sitúa en un contexto institucional con una tradición concreta en la manera de abordar estos problemas. Por otra parte, no se trata de un tema en el que exista una investigación suficiente. Finalmente, la familia y/o los responsables legales de los pacientes tienen una opinión formada al respecto, que debe tenerse en cuenta. La figura 1, recoge de forma resumida los principales agentes implicados en el abordaje de la sexualidad en las unidades residenciales para enfermos mentales.

Estos problemas pueden hacer difícil la elaboración de un protocolo de aplicación práctica de los principios de la política institucional contenidos en los diferentes capítulos del presente Documento. Por todo ello, parece conveniente contar con un texto de referencia que sirva de ayuda para la elaboración de un PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ANTE LOS COMPORTAMIENTOS SEXUALES.

2. OBJETIVOS DE ESTE PROCEDIMIENTO

a. Principal:

Desarrollar una metodología que sirva de ayuda para la elaboración de los Protocolos de Actuación ante los Comportamientos Sexuales (PACS) en las

diferentes Unidades Asistenciales de los Centros de la Provincia.

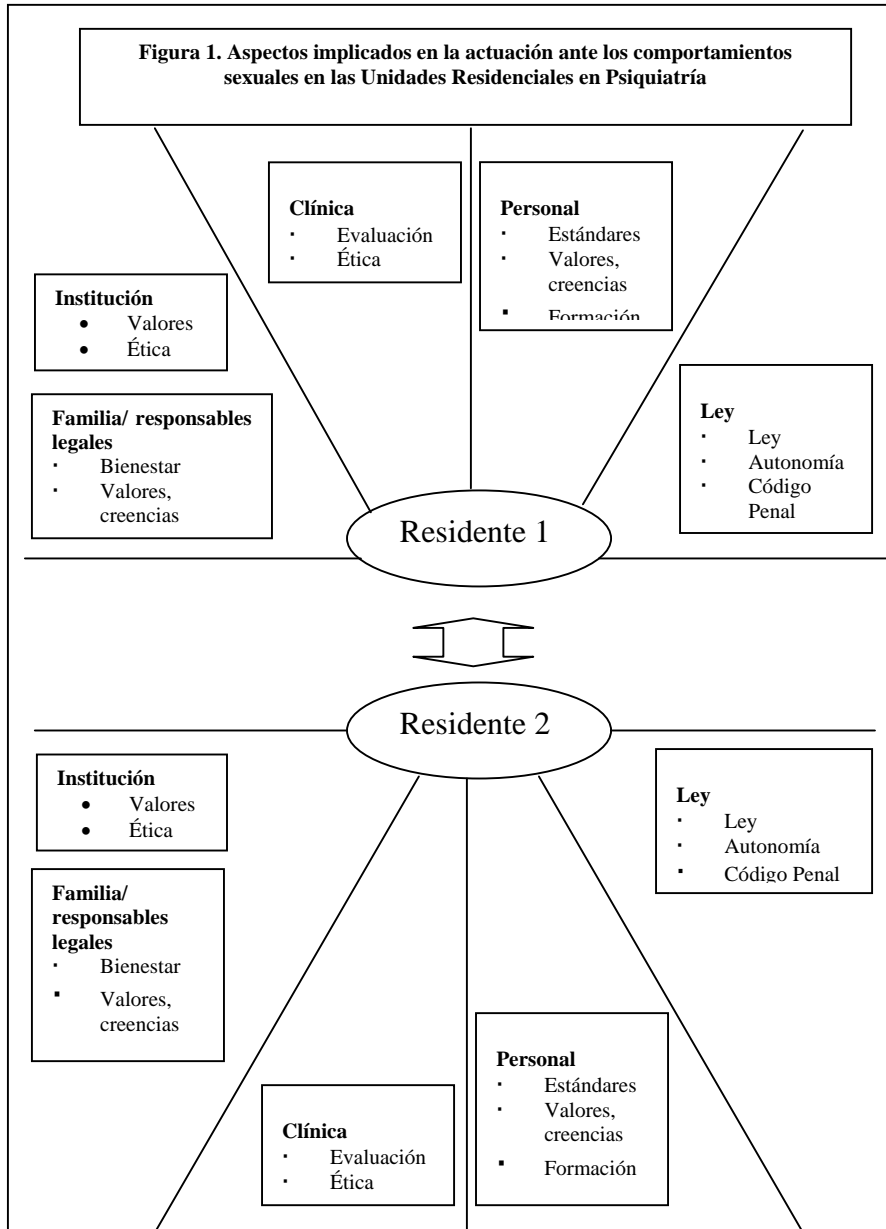
b. Secundarios:

1. Promover la utilización del Documento “Ética de la Conducta Sexual”.
2. Promover la elaboración de los PACS.
3. Mejorar la calidad de vida y el bienestar de los pacientes.

3. ÁMBITO DE APLICACIÓN

Este Procedimiento puede aplicarse en las distintas Unidades Asistenciales de los Centros de la Provincia de Palencia (Hermanas Hospitalarias del SCJ). Está destinado especialmente a Unidades Residenciales o de Rehabilitación⁴⁸, tanto de Psiquiatría como de Psicogeriatría y de Retraso Mental. No obstante, hay que recordar que el objetivo consiste en proporcionar a las diferentes Unidades de instrumentos para que puedan aplicar la política institucional con respecto a los comportamientos sexuales de los pacientes, de acuerdo con los principios generales contenidos en el presente Documento, pero es responsabilidad de la Dirección Asistencial de cada Centro la manera en que esta política se desarrolla y se pone en marcha.

⁴⁸ Se asume que los pacientes ingresados en Unidades de Hospitalización Psiquiátrica (Agudos) se encuentran por definición en una situación de competencia reducida, y por lo tanto serían únicamente objeto de medidas protectoras del abuso.



4. JUSTIFICACION

Como ya se ha comentado, la manera en que los **comportamientos** de índole sexual son interpretados por parte de los miembros del personal de una Unidad Asistencial puede experimentar grandes variaciones según los individuos. Incluso es posible que se produzcan situaciones conflictivas entre las creencias y moralidad personales y la actitud profesional. Hay que considerar, por otra parte, que en una situación clínica concreta puede aparecer un conflicto de opiniones entre el personal, el residente y su familia. Por ello, es importante que cada Unidad Asistencial desarrolle una línea de actuación para asegurar la coherencia y la uniformidad en la aplicación de las estrategias de manejo con respecto a los comportamientos sexuales.

5. PASOS EN LA ELABORACIÓN DEL PROTOCOLO DE APLICACIÓN

a) Formación del grupo de trabajo.

El primer paso consiste en la reunión de equipo terapéutico de la Unidad, Área, o incluso el Centro en su conjunto, donde vaya a aplicarse el Protocolo. El Consejo de Dirección de cada Centro, conocedor de sus peculiaridades debe decidir el nivel organizativo óptimo de trabajo a este nivel. Los objetivos de esta primera reunión son:

1. Discutir la conveniencia de elaborar el Protocolo, en el caso de la Unidad concreta. Es conveniente que todos

los miembros del equipo de Área / Unidad manifiesten sus ideas al respecto.

2. Establecer un **grupo de trabajo**. Para asegurar su operatividad

- (1) no debe superar las ocho personas;
- (2) debe nombrarse un coordinador;
- (3) hay que efectuar una asignación de tareas en cada reunión;
- (4) consignar en acta los acuerdos que se tomen.

b) Formación sobre el tema.

Uno de los problemas importantes en el abordaje de la expresión sexual de los residentes es la falta de formación. Es probable que esta falta de formación incluya no solo a la sexualidad en el contexto de la enfermedad mental, sino que abarque a la sexualidad humana en su conjunto. El texto básico para la formación lo constituye el documento provincial, pero en la bibliografía se incluyen otros textos, que conviene sean leídos y discutidos por todos los integrantes del grupo de trabajo. También se pueden realizar actividades formativas específicas. Por ejemplo, en el caso de que se realice este protocolo de manera simultánea en varias unidades en un centro, o en varios centros próximos geográficamente, podría organizarse una actividad formativa con un nivel mínimo de eficiencia. Otra modalidad para llevar a cabo esta formación puede consistir en contar con una persona experta que realice funciones de tutor del grupo.

c) Revisión de conductas problemáticas en la Unidad o ámbito de aplicación.

La problemática planteada por los comportamientos sexuales puede ser muy diferente en las distintas Unidades. De ahí que una vez se haya realizado el trabajo formativo, pase a realizarse una labor exhaustiva de identificación de las conductas que deben ser analizadas. Hay que tener en cuenta que en muchos casos puede haberse desarrollado una actitud de prohibición formal, pero de permisividad en la práctica, por lo que conviene revisar a fondo todas las situaciones planteadas, con independencia del abordaje que se esté adoptando en ese momento. Junto con la conducta, debe recogerse la actitud del personal ante la misma, especialmente si existen discrepancias al respecto entre los distintos miembros.

d) Consulta de Protocolos desarrollados por otras Unidades.

Es importante aprender de la experiencia de otras Unidades o Áreas que hayan llevado a cabo esta labor de forma previa. Es muy probable que las dificultades que se han planteado en otros contextos sean similares.

e) Formulación de definiciones operativas y clasificación de los comportamientos.

Según las características de cada Unidad se llevará a cabo una definición operativa de conducta aceptable, conducta a evaluar, y conducta indeseable o de riesgo. Estas definiciones deben corresponderse con los valores

institucionales, y reflejar los matices -por ejemplo, comportamiento público o privado; grado de competencia de la persona que lo realiza- que modifican la clasificación de las conductas. Posteriormente, se clasificarán los comportamientos problemáticos observados en la Unidad en cada una de estas categorías.

Así mismo, se adoptará un sistema de evaluación de la capacidad del sujeto para consentir a una relación sexual completa. Este sistema se hará explícito. Puede utilizarse el sistema incluido en el presente documento, en el apartado “Evaluación de la capacidad de consentir a una relación sexual concreta”.

f) Identificación y formulación de distintos tipos de intervenciones.

Es muy importante que el Protocolo incluya un listado de intervenciones, de manera que se sepa con claridad cómo debe responder el personal ante una situación determinada, estableciendo una jerarquía en la intensidad de la respuesta. Por ejemplo, si debe permitir las manifestaciones afectivas de intimidad física no sexuales, como bailar, coger la mano o abrazarse. O bien establecer las medidas de control ambiental y de modificación de conducta que van a ponerse en práctica en primer lugar en caso de conductas indeseables, dejando las intervenciones farmacológicas para las conductas de alto riesgo. Las intervenciones deben estar formuladas con detalle, indicando quién es responsable de las mismas y sus características técnicas. Las intervenciones se adaptarán a las características de cada

residente, reflejándolas en el plan terapéutico individual.

g) Redacción de un borrador de Protocolo.

En este momento ya puede procederse a la **redacción** de un borrador de PACS. El PACS debe contener:

1. Resumen de los principios de política institucional.
2. Sistema de observación y registro de los comportamientos sexuales, incluyendo un glosario de términos técnicos a ser empleados.
3. Descripción de las conductas observables en la Unidad (frecuencia, intensidad, duración) junto con su clasificación en aceptable, evaluable o de riesgo.
4. Árbol de decisión de la actitud a seguir ante los diferentes comportamientos.
5. Descripción de las intervenciones a aplicar, incluyendo la información a los familiares y/o responsables legales.
6. Método de deliberación y toma de decisiones (Ej. En las reuniones de equipo).
7. Descripción de casos concretos (tres casos).
8. Sistema de Registro de la aplicación del PACS.

h) Revisión del borrador por parte del equipo

El **grupo de trabajo** debe devolver el PACS al equipo de Área / Unidad, para realizar una nueva revisión y llegar a un acuerdo sobre el mismo.

i) Aprobación del Protocolo por parte del Consejo de Dirección del Centro.

El PACS debe pasar entonces a la Dirección **Asistencial**, que lo presentará en el Consejo de Dirección del Centro. Es posible que en esta fase se introduzcan modificaciones, que deben ser transmitidas y consensuadas con el equipo.

j) Puesta en práctica.

La fase de puesta en práctica se divide a su vez en tres pasos:

1. Elaboración del material necesario (Ej. Hojas de registro, etc.)
2. Formación del personal, incluyendo las personas que no hayan participado directamente en la elaboración. Puede realizarse una actividad formal, que refuerce la importancia del Protocolo.
3. Determinación de la fecha de inicio.

k) Evaluación.

Finalmente, el PACS debe estar sujeto a revisión periódica, que debe fijarse en cada ocasión. Se aconseja una primera revisión al año de funcionamiento; es muy probable que tras el primer año se introduzcan cambios. Las revisiones sucesivas deben tener una periodicidad máxima de dos años. Los miembros del equipo deben mantener una actitud de formación continuada hacia el tema.

3.7

SEXUALIDAD EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

D. Manuel Martín
Médico Psiquiatra
Director Médico de los centros de
Pamplona y Elizondo
Coordinador Asistencial de la Provincia

3.7. SEXUALIDAD EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

1. INTRODUCCIÓN

El envejecimiento poblacional es el rasgo demográfico más característico de las sociedades más desarrolladas al comienzo del siglo XXI. Examinemos dos ejemplos. En los EEUU, se estima que la tasa de envejecimiento en el año 2000 era aproximadamente del 12.7%, y el grupo de edad igual o superior a 85 años es el segmento de la población anciana que crece más rápidamente: ha aumentado el 274% desde 1969 a 1994 (1). En España, la tasa de envejecimiento poblacional es del 17 % según los datos del Censo de 2001, y puede alcanzar el 20 % para el año 2020; al igual que en los EEUU, el grupo de más edad de la población anciana es el que más rápidamente crece (2).

De acuerdo a las estimaciones que se consideran válidas actualmente, la prevalencia de demencia aumenta desde aproximadamente el 2% entre los 65 - 69 años al 40% en los mayores de 90 años, un fenómeno conocido como Ley de Jorm (3). A pesar de este hecho, hay muy poca información científica acerca de cómo el deterioro cognitivo afecta a la sexualidad en las personas ancianas. Es probable que una de las razones para esta falta de atención es el extendido prejuicio acerca de la falta de interés sexual en las personas mayores. Con frecuencia, las personas mayores que muestran su sexualidad se consideran

pervertidos moralmente, según el estereotipo del “viejo verde”(4). Sin embargo, varios estudios han demostrado que, aunque existe un declive gradual en la actividad sexual tanto en hombres como en mujeres según aumenta la edad, una proporción significativa de ancianos mantiene el interés por el sexo y la capacidad de mantener relaciones sexuales, y que la práctica de relaciones sexuales está más condicionada por la falta de oportunidades que por otros factores. Renshaw (5) informó que el 4% de las parejas tratadas en la clínica de patología sexual de Loyola, Chicago, tenían más de 65 años. Otro estudio realizado por Masters (6) encontró que más del 75% de los hombres en la séptima década de la vida mantenían relaciones sexuales al menos una vez al mes. El 37 y 28%, respectivamente, de los sujetos comprendidos en los grupos de edad de 61 a 65 años y 66 a 71 años mantenía relaciones sexuales al menos una vez por semana. Queda claro, por lo tanto, que la capacidad sexual se mantiene hasta una edad avanzada. Sin embargo, hay que tener en cuenta que la sexualidad en las personas mayores se ve influida por una serie de factores negativos, como son la disponibilidad de pareja, la salud física y mental, la privacidad, y la historia sexual previa (4).

Con frecuencia, la enfermedad de Alzheimer (EA) y otras enfermedades que causan demencia pueden provocar cambios anómalos en el comportamiento sexual, entre los que destacan la agresividad sexual y la desinhibición. Este tipo de alteraciones son más frecuentes en demencias que afectan al lóbulo frontal, como la demencia frontotemporal. En cambio, en la enfermedad de Alzheimer lo más frecuente es la

pérdida del interés sexual (7), o la presencia de disfunción eréctil en los hombres, que puede alcanzar hasta el 53% de los pacientes (8), mientras que sólo el 10% parece mostrar un aumento del deseo sexual (9). Podemos considerar la desinhibición sexual como cualquier comportamiento de tipo sexual juzgándolo inapropiado en el contexto en que se realiza. Este tipo de comportamiento inadecuado puede presentarse en el 5-12% de los pacientes ancianos con demencia (10, 11), e incluye un variado repertorio de comportamientos, desde verbalización de comentarios sexuales inadecuados, hasta proposiciones sexuales, exhibicionismo o masturbación en público. Estos comportamientos pueden resultar muy problemáticos para los cuidadores, ya esté el paciente en su domicilio o en un medio residencial. En ocasiones la conducta sexual anómala se manifiesta como comportamiento agresivo. Entre los delincuentes sexuales, los ancianos representan el 1.7% de los violadores y el 3.79% de todo el resto de delitos sexuales, lo que ofrece un total del 5.5% de delitos sexuales cometidos por ancianos (12). Otros registros elevan esta cifra hasta el 8% (13). En cualquier caso, solo una mínima proporción de esta cifra estaría integrada por sujetos con demencia.

2. ETIOLOGÍA

2.1 Factores Orgánicos

2.1.1 Pérdida Neuronal. Burns y cols (10) encontraron que la desinhibición sexual en la EA se asociaba positivamente con la gravedad clínica del síndrome demencial, pero no se obtuvo ninguna asociación con los resultados en el TAC craneal. Sin embargo, existen evidencias de que existe una asociación entre las anomalías del comportamiento sexual en ancianos y la presencia de patología en lóbulo frontal y parietal (14). Por ejemplo, la desinhibición sexual es un rasgo bien conocido en las lesiones del lóbulo frontal (15), lo que puede deberse a una disminución en la actividad de los mecanismos frontales inhibitorios normales. Ello explicaría el aumento de patología sexual en algunas demencias, como la demencia frontotemporal o la demencia alcohólica. La afectación bilateral de los lóbulos temporales también produce un síndrome en el que destacan las anomalías del comportamiento, entre ellas la hipersexualidad (16).

2.1.2 Fármacos. Se ha achacado a la levodopa la aparición de hipersexualidad en pacientes con enfermedad de Parkinson tratados con esta sustancia (17). El alcohol y, más raramente, las benzodiacepinas, pueden afectar la cognición y dar lugar a conductas desinhibidas (15), lo que puede ocurrir con más frecuencia en sujetos con demencia u otras formas de daño cerebral.

2.1.3 Enfermedades concomitantes. También pueden ocurrir alteraciones en el comportamiento sexual, como desinhibición o agresión tras episodios de accidente cerebrovascular, intervenciones quirúrgicas, traumatismo craneoencefálico o lesión cardíaca, que se acompañan de deterioro cognitivo de instauración aguda (18). Con frecuencia, en estos casos el comienzo es agudo, sin que se aprecien datos en la historia previa de alteraciones en el comportamiento sexual. Sin embargo, en ocasiones, la alteración del comportamiento es el resultado de la incapacidad del paciente de controlar una tendencia sexual que anteriormente había reprimido con éxito (19, 20). La presencia de un cuadro de delirium también puede mediar la existencia de alteraciones en el comportamiento sexual (21).

2.2 Factores Sociales.

La presentación de conductas sexuales inadecuadas en público puede verse favorecida por factores sociales. Por ejemplo, en las residencias de ancianos pueden influir factores como la falta de privacidad, la contemplación pública de comportamientos sexuales explícitos a través de la televisión, o la interpretación errónea de las actuaciones de los cuidadores, como cuando un cuidador femenino ayuda a un paciente demenciado varón en su higiene personal o en el baño.

2.3 Síntomas Psicóticos.

Los delirios, alucinaciones e identificaciones erróneas son frecuentes en los pacientes con demencia, y pueden desencadenar un comportamiento sexual inadecuado. Por ejemplo, un paciente puede confundir a otra persona con su cónyuge e iniciar una aproximación sexual con ella. Los síntomas psicóticos también pueden dar lugar a que un paciente refiera contactos sexuales que no han ocurrido (14). Con respecto al deterioro cognitivo, el déficit de memoria puede ocasionar que el paciente realice demandas inapropiadas repetidas, a pesar de que se le explique cada vez la inoportunidad de la petición, o que solicite a su esposa una nueva relación sexual, sin recordar que la ha tenido recientemente.

3. TIPOS DE CONDUCTAS SEXUALES INAPROPIADAS

Por lo general, se contemplan tres tipos de comportamiento sexual anómalo en sujetos con demencia: verbal, conductual e implícito. Los estudios con personal de enfermería en Unidades Residenciales para pacientes con demencia confirman la presencia habitual de los tres tipos, de manera que el 16-25% de los residentes manifiestan algún tipo de los mismos en mayor o menor grado (22, 23).

3.1 Verbal.

Los pacientes con demencia pueden emplear un lenguaje sexual obsceno o explícito, lo que contrasta

con frecuencia con sus hábitos previos o con su personalidad, según refieren sus familiares. Este tipo de alteración suele presentarla en exclusividad el 25% de los sujetos con trastornos del comportamiento de esta naturaleza (22).

3.2. Conductual.

Consiste en conductas sexuales inapropiadas que se presentan en público. Pueden implicar solo al paciente - como desnudarse, exhibir los genitales o masturbarse- o incluir a otras personas, generalmente miembros del personal u otros pacientes, sobre los que se realizan caricias o tocamientos. También hay que considerar que algunas conductas que pueden ser interpretadas como síntomas de desinhibición sexual -por ejemplo, el desnudarse- pueden interpretarse más acertadamente como consecuencia directa del deterioro cognitivo, sin que medie trastorno alguno de la sexualidad.

3.2 Implícito.

Entre ellos se encuentran la utilización de material pornográfico o la solicitud de cuidados no necesarios que implican un contacto sexualmente estimulante.

3.3 Acusaciones sexuales falsas /Abuso sexual.

No es infrecuente que un paciente demenciado realice acusaciones sexuales falsas, que pueden tener carácter sobrevalorado o delirante. Por ejemplo, el paciente puede acusar al cuidador de molestarle sexualmente, confundiendo las maniobras de limpieza o higiene con

avances sexuales. También pueden producirse quejas de abusos sexuales; por ejemplo, el paciente puede afirmar con insistencia que un cuidador o que otro paciente le molesta durante la noche. Este tipo de afirmaciones puede ser secundario a alucinaciones visuales o táctiles, o bien a errores de identificación o interpretación, como ya se ha comentado anteriormente. No obstante, también se producen casos de abusos sexuales por parte de cuidadores o pacientes sobre ancianos con demencia, por lo que siempre que existan quejas de esta índole deberán ser valoradas con discreción hasta discernir su auténtica naturaleza.

4. CONSECUENCIAS

Los trastornos de la conducta sexual en pacientes ancianos con demencia presentan múltiples riesgos potenciales, por lo que se trata de un problema clínico que siempre debe ser abordado. Por ejemplo, la presencia de trastornos del comportamiento sexual puede ser una causa de sobrecarga para los familiares de un paciente con demencia, y puede determinar el ingreso en una residencia o en un centro de día. En el medio institucional, la presencia de estos trastornos puede crear dificultades graves al personal o a otros pacientes. Si el problema no se trata de forma adecuada, puede dar lugar a un aumento de las restricciones mecánicas u otras formas de contención, con los efectos adversos asociados a este tipo de prácticas. La masturbación repetida puede causar lesiones genitales, especialmente en pacientes varones con catéter uretral. Las acusaciones falsas de contactos sexuales pueden determinar el abandono del trabajo de

un miembro del personal falsamente acusado. Por el contrario, el abuso sexual puede causar serias complicaciones emocionales y somáticas, como lesiones genitales o transmisión de enfermedades sexuales (24).

5. EVALUACIÓN

La primera fase de evaluación consiste en obtener una historia clínica completa, que, como siempre en el caso de pacientes con demencia, debe incluir tanto al paciente como a los cuidadores (25). La historia sexual previa y una completa evaluación psicosexual son parte ineludible de la misma, aunque con frecuencia los clínicos pasamos por alto esta parte de la historia (26). La evaluación de cualquier varón con un cuadro de deterioro cognitivo de inicio reciente debe incluir sistemáticamente una valoración del riesgo de comportamiento sexual inadecuado, lo que permitirá la adopción de las medidas preventivas adecuadas (18). Posteriormente se llevará a cabo una exploración psicopatológica completa, que incluya el examen detallado de los procesos cognitivos. También es importante realizar una exploración física, ya que debe descartarse la presencia de delirium como factor desencadenante o agravante de los trastornos de comportamiento; no podemos olvidar que los cuadros de demencia y delirium coexisten con frecuencia (14). La valoración de la conducta sexual plantea con frecuencia aspectos éticos y morales, que no pueden ignorarse (27). Obviamente, debe recogerse el tipo, frecuencia e intensidad de los trastornos del comportamiento sexual, lo que con frecuencia conlleva

una aproximación conjunta por parte de todo el equipo terapéutico, especialmente si la valoración se lleva a cabo en un contexto institucional. Este tipo de abordaje permite que todos los miembros comprendan la importancia de estos problemas, y ofrece apoyo y pautas de comportamiento al personal directamente implicado (28, 29). Por último, las pruebas y exámenes de laboratorio pueden ayudar a profundizar en las causas de las alteraciones comportamentales, especialmente en los casos en que se sospechen alteraciones somáticas como las citadas con anterioridad en el apartado de etiología (30).

6. TRATAMIENTO

Pese a la elevada prevalencia de los trastornos de la conducta sexual, no existen demasiados trabajos que aborden el tratamiento de las alteraciones del comportamiento sexual en demencias, tanto de tipo farmacológico como no farmacológico, ya que los estudios se centran sistemáticamente en otro tipo de alteraciones; y aspectos como la desinhibición o la agresividad sexual tiende a evitarse. Por lo tanto, las evidencias se obtienen sobre todo a partir de series de casos e informes clínicos, a pesar de que se trata de un problema clínico que puede beneficiarse en gran medida de la intervención psiquiátrica (31).

6.1 Tratamiento Psicosocial

Como ya se ha mencionado, los factores psicosociales juegan un papel importante en la aparición de trastornos de la conducta sexual, especialmente en el medio

institucional, pero también en el medio familiar. Como en el caso de otros trastornos del comportamiento en las demencias, la técnica básica consiste en analizar el comportamiento problema, descubrir factores que lo desencadenan o agravan, y establecer estrategias de manejo, que necesariamente pasan por incorporar a los familiares y/o cuidadores al plan de manejo.

Si el problema afecta a miembros de la familia, debe incorporárseles necesariamente al plan de tratamiento. En el caso de que se trate de parejas que experimenten una disfunción sexual y uno de los miembros presente un deterioro cognitivo ligero, debe considerarse la posibilidad de iniciar una terapia sexual (32). La psicoterapia de apoyo puede ser útil para el cónyuge del paciente. Sobre todo, es importante que comprenda que la conducta del paciente es reflejo de su enfermedad, y no de una alteración que se haya producido en su relación. Si el cónyuge considera que no puede aceptar las demandas de mantener una relación sexual por parte del paciente, puede aconsejarse que las redirija hacia una mayor intimidad física, sin llegar necesariamente a la relación sexual. En otras ocasiones, la excesiva demanda de relaciones sexuales obedece a que el paciente olvida que ya las ha tenido recientemente, por lo que conviene recordárselo (33). Cuando aparecen conductas sexuales inapropiadas, como la masturbación pública, el primer paso consiste en explicarle al paciente porqué esta conducta resulta inaceptable. Es importante hacerlo de forma discreta; una confrontación directa puede precipitar una reacción catastrófica, y los sentimientos de culpa o vergüenza solo producen malestar inmediato en el paciente, pero a

la larga no son útiles para reducir la conducta problemática. Los métodos de modificación de conducta pueden resultar útiles. Por ejemplo, el paciente puede ser separado del resto de los compañeros y conducido a su habitación cuando se presente la conducta problema; en este sentido, hay que señalar que la falta de intimidad que puede existir en determinados recursos asistenciales es un factor importante a la hora de desencadenar las conductas problemáticas. La existencia de un ambiente pobre en estímulos y carente de contacto afectivo, también puede desencadenar las conductas de autoerotismo en público, en las que puede existir un componente de demanda de atención, especialmente en pacientes poco deteriorados. En estos casos, puede ser de utilidad una actitud de ignorar la conducta, suprimiendo el refuerzo positivo de la atención adicional (34). La modificación ambiental también puede dar frutos; por ejemplo, el empleo de pantalones sin cremallera puede mejorar el comportamiento del paciente varón que se masturba en público. La distracción es otra técnica que resulta de utilidad con frecuencia. Los errores de interpretación acerca de la intencionalidad sexual de la conducta de otros pueden minimizarse a través de explicaciones simples y repetidas. En cualquier caso, es importante la formación de los cuidadores, ya sean profesionales o familiares, para que su respuesta ante este tipo de conducta sea la adecuada (35). Existen diversos estudios que demuestran la importancia de desarrollar programas de intervención específicos y bien definidos, y cómo la formación mejora el manejo de este tipo de problemas (36-38).

6.2 Tratamiento Farmacológico

Como regla general, no debe efectuarse únicamente un tratamiento farmacológico de las alteraciones de la conducta sexual de los pacientes con demencia, aunque en ocasiones el grado avanzado de deterioro cognitivo del paciente o la gravedad y frecuencia de las alteraciones hacen necesario este tipo de abordajes (39). Por ejemplo, la presencia simultánea de conductas agresivas, conductas parafilicas y exhibicionistas en un paciente con tendencia a pasar al acto, puede hacer considerar que la primera intervención sea la aplicación de un tratamiento farmacológico. Existe constancia en la literatura científica del empleo de una amplia gama de sustancias para el control de las alteraciones del comportamiento sexual, entre las que destacan los neurolépticos, las sales de litio, los antidepresivos, los betabloqueantes y los ansiolíticos. Sin embargo, se trata la mayoría de las veces de informes de casos, por lo que existe una gran necesidad de llevar a cabo estudios controlados en este campo. Como regla general, no debemos olvidar que además de la prescripción de determinadas sustancias, es necesario llevar a cabo una restricción de otras sustancias, como el alcohol, que pueden facilitar la desinhibición.

Se ha informado sobre la eficacia del pindolol a dosis de 20 mg/día para disminuir la hipersexualidad en la enfermedad de Alzheimer (40). El empleo de benzodiacepinas no parece estar indicado, dado que estas sustancias no poseen un efecto antilibidinal específico; en ocasiones concretas puede resultar útil su

capacidad sedativa, pero no como tratamiento continuado (41). Los neurolépticos presentan un efecto de reducción del impulso sexual, que puede estar mediado por la producción de hiperprolactinemia (42). Pueden estar especialmente indicados en el caso de que las alteraciones del comportamiento sexual se presenten con otros síntomas, como agresividad o síntomas psicóticos. En caso de utilizar estas sustancias, hay que recordar que los neurolépticos atípicos se toleran mucho mejor que los fármacos clásicos en sujetos ancianos, especialmente con demencia, y que deben evitarse especialmente las sustancias con capacidad anticolinérgica. En este sentido, la risperidona puede representar un buen fármaco de elección, a dosis de 0,5-2 mg/día (43).

Los antidepresivos, especialmente los fármacos con capacidad de inhibir la recaptación de serotonina, han mostrado cierta eficacia para reducir las conductas parafilicas y la desinhibición sexual, aunque se desconoce si este efecto está mediado por la acción antiobsesiva o por la disminución de la libido. Aunque existen informes de la eficacia de fármacos tricíclicos bloqueantes de la recaptación de serotonina, como la clorimipramina, su perfil de efectos adversos les hace no estar indicados en pacientes ancianos con demencia, por lo que los fármacos de elección en este caso son los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRSs). Se recomienda que el tratamiento en este caso se inicie a dosis menores de las empleadas para el tratamiento de los síntomas depresivos, ajustando progresivamente la dosis en función de la respuesta. Por ejemplo, puede iniciarse el tratamiento con

paroxetina a dosis de 20 mg./día, ajustando posteriormente la dosis (14).

En caso de que los tratamientos citados no obtengan respuesta, pueden emplearse fármacos antiandrógenos o estrógenos. Se ha informado de la presencia de una correlación positiva entre los niveles de testosterona en plasma y la presencia de conductas agresivas en pacientes ancianos varones con demencia, mientras que los niveles de estrógenos presentaban una correlación negativa (44). El empleo de hormonas sexuales en pacientes con incapacidad de otorgar un consentimiento informado puede generar problemas de tipo ético, por lo que esta opción terapéutica debe ser valorada cuidadosamente (45). Sin embargo, las neurohormonas tienen la ventaja de una respuesta rápida, la capacidad de efectuar una valoración fisiológica de su actuación a través de la medición de los niveles de testosterona, y la facilidad de administración (oral, inyectable, parches.) Fundamentalmente, se han empleado el acetato de ciproterona y medroxiprogesterona como antiandrógenos en esta indicación. Ambos pueden producir fatiga, ganancia de peso y depresión, por lo que debe vigilarse la aparición de estos síntomas. Además, la ciproterona puede causar disfunción hepática y ginecomastia, y la medroxiprogesterona puede exacerbar un cuadro preexistente de diabetes mellitus. El acetato de ciproterona es un análogo esteroideo que es eficaz a la hora de reducir el impulso y la respuesta sexual (18, 46); se trata de un antagonista competitivo de la testosterona, que reduce la liberación de gonadotrofinas, y ha sido empleado con eficacia en

pacientes con demencia o conductas sexuales muy alteradas (47, 48).

Existen más datos sobre el empleo de medroxiprogesterona en pacientes ancianos con demencia. En un estudio, 4 pacientes fueron tratados con medroxiprogesterona a dosis de 300 mg./semana por vía intramuscular durante un año, consiguiéndose una desaparición completa de los síntomas a las dos semanas de tratamiento, y manteniéndose la mejoría durante el periodo de estudio. Otro estudio empleaba la medroxiprogesterona a dosis de 100 mg por vía intramuscular cada dos semanas, consiguiéndose una mejoría de los síntomas, que desaparecieron finalmente cuando se incrementó la dosis a 150 mg cada dos semanas(49). Finalmente, en otro estudio se empleó la medroxiprogesterona a dosis de 100 mg/día por vía oral, obteniéndose la desaparición de las conductas anómalas de nuevo a las dos semanas de tratamiento (50). También se ha postulado el tratamiento con antiandrógenos, combinando medroxiprogesterona y leucoprida, para el control de la agresividad (51).

Los estrógenos no han sido empleados con frecuencia en el tratamiento de la desinhibición sexual en las demencias. Sin embargo, se trata de unas sustancias con un potencial terapéutico digno de consideración, tanto por su posible eficacia en la enfermedad de Alzheimer ejerciendo el papel de un factor neurotrófico (52, 53) como por su eficacia sobre el conjunto de los trastornos psicopatológicos en las demencias (54) y la agresividad en particular (55). En cuanto a su eficacia en el tratamiento de las alteraciones de la conducta sexual,

un estudio informó una reducción significativa de estas conductas en 38 de 39 hombres a los que se administró estrógenos bien oralmente (0,625 mg/d) o empleando parches transdermales (0.05 a 0.10 mg/d.). En otro estudio, un varón de 94 años de edad con demencia fue tratado con dietilestilbestrol, comenzando con una dosis de 1 mg/d; a lo largo de la primera semana de tratamiento desaparecieron las conductas anómalas (49). Los parches de estrógenos pueden ser una alternativa especialmente útil en el caso de pacientes con problemas de comorbilidad con enfermedades somáticas, en los que no sea adecuado el empleo de neurolépticos. Sin embargo, este tipo de tratamiento no está exento de riesgos. Aunque el cáncer de mama y la ginecomastia es excepcional en varones, existen algunos casos publicados en pacientes tratados con estrógenos. También puede ser problemático su empleo en pacientes con tromboflebitis, embolismo pulmonar especialmente en pacientes ancianos con movilidad reducida, enfermedad cerebrovascular, y trombosis retiniana.

7. CONCLUSIONES

Las demencias constituyen un creciente problema de salud pública, sobre todo la enfermedad de Alzheimer como forma de frecuencia más frecuente, y alrededor del 7% de los ancianos con demencia presentan trastornos de la conducta sexual. Sin embargo, esta área ha recibido menos atención de la deseable, lo que puede deberse a varias razones, especialmente a la consideración social sobre la expresión sexual en la vejez. Este tipo de alteraciones puede presentar

notables dificultades de manejo, con la consiguiente repercusión sobre la sobrecarga del cuidador, tanto familiar como profesional. Por ello, son necesarios programas específicos de intervención para este tipo de problemas, tanto en el medio familiar como residencial, que deben situarse en el contexto más amplio del estudio y repercusión social de la sexualidad de los mayores. Los tratamientos farmacológicos se basan en el empleo de ISRSs, neurolépticos y hormonas sexuales, aunque los datos sobre su eficacia son más de tipo empírico, y sería necesario realizar investigaciones controladas en esta área.

BIBLIOGRAFIA

1. U.S. Bureau of Census. 1900-1940, 1960 and 1980. Washington, D.C.: U.S. Government printing office; 2000.
2. INE. Boletín Mensual de Estadística, nº 127. Madrid: Instituto Nacional de Estadística; 2002.
3. Jorm AF. Prevalence. In: The Epidemiology of Alzheimer's Disease. Londres: Chapman & Hall; 1990. p. 54-76.
4. Zeiss AM, Zeiss RA, Davies H. Assessment of sexual function and dysfunction in older adults. In: Lichtenberg P, editor. Handbook of Clinical Gerontology Assessment. Nueva York: John Wiley; 1999.
5. Renshaw DC. Sex, age and values. JAGS 1985;33:635-43.
6. Masters WH. Sex and aging. Expectations and reality. Hosp Pract 1986;15:175-198.
7. Davies HD, Zeiss A, Tinklenberg JR. 'Til death do us part: intimacy and sexuality in the marriages of Alzheimer's patients. J Psychosoc Nurs Ment Health Serv 1992; 30(11): 5-10.
8. Zeiss AM, Davies HD, Wood M, Tinklenberg JR. The incidence and correlates of erectile problems in patients with Alzheimer's disease. Arch Sex Behav 1990; 19(4): 325-31.
9. Wright L. Alzheimer's disease and marriage. Sage, CA: John Wiley; 1993.
10. Burns A, Jacoby R, Levy R. Psychiatric phenomenon in Alzheimer's disease. IV: Disorders of behaviour. Br J Psychiatry 1990; 157:86-94.

11. Hope T, Keene J, Gedling K, Cooper S, Fairburn C, Jacoby R. Behaviour changes in dementia. 1: Point of entry data of a prospective study. *Int J Geriatr Psychiatry* 1997; 12(11): 1062-73.
12. Johnson M. Clinical issues in the treatment of geriatric sex offenders. In: Schwartz B, Cellini H, editor. *The Sex Offender: Correction Treatment and Legal Practice*. Kingston, NJ: Civic Research Institute, Inc; 1995.
13. Fazel S, Jacoby R. Crime and the elderly. In: Jacoby R, Oppenheimer C, editor. *Psychiatry in the elderly*. Oxford: Oxford University Press; 2002.
14. Haddad P, Benbow S. Sexual problems associated with dementia: Part 2. Aetiology, assessment and treatment. *Internat J Geriatr Psych* 1993; 8:631-7.
15. Lishman WA. *Organic Psychiatry: The Psychological Consequences of Cerebral Disorder*. Oxford: Blackwell; 1987.
16. Pilleri G. The Kluver-Bucy syndrome in man. *Psychiatr Neurol (Basel)* 1966;152(65-103).
17. Bowers MB, Woert MV, Davis L. Sexual behavior during L-dopa treatment for parkinsonism. *Am J Psychiatr* 1971; 127(1691-3).
18. Lothstein LM, Fogg-Waberski J, Reynolds P. Risk management and treatment of sexual disinhibition in geriatric patients. *Conn Med* 1997; 61(9): 609-18.
19. Regenstein Q, Reich P. Pedophilia occurring after onset of cognitive impairment. *J Nerv Ment Dis* 1978; 166:794-8.
20. Miller BL, Cummings JL, McIntyre H, Ebers G, Grode M. Hypersexuality or altered sexual preference following brain injury. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1986; 49(8): 867-73.

21. Wise TN, Epstein S, Ross R. Sexual issues in the medically ill and aging. *Psychiatr Med* 1992; 10(2): 169-80.
22. Szasz G. Sexual incidents in an extended care unit for aged men. *J Am Geriatr Soc* 1983; 31(7): 407-11.
23. Zeiss AM, Davies HD, Tinklenberg JR. An observational study of sexual behavior in demented male patients. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 1996; 51(6): M325-9.
24. Bennet G. Assessing abuse in the elderly. *Geriatric Med* 1990; 20:49-51.
25. Haddad P, Benbow S. Sexual problems associated with dementia: Part 1. Problems and their consequences. *Int J Geriatr Psychiatr* 1993; 8:547-51.
26. Warner J. Sexuality and dementia. In: O'Brien J, Ames D, Burns A, editor. *Dementia*. Nueva York, NY: Arnold; 2000. p. 267-71.
27. McCartney JR, Izeman H, Rogers D, Cohen N. Sexuality and the institutionalized elderly. *J Am Geriatr Soc* 1987; 35(4): 331-3.
28. Ehrenfeld M, Tabak N, Bronner G, Bergman R. Ethical dilemmas concerning sexuality of elderly patients suffering from dementia. *Int J Nurs Pract* 1997; 3(4): 255-9.
29. Ehrenfeld M, Bronner G, Tabak N, Alpert R, Bergman R. Sexuality among institutionalized elderly patients with dementia. *Nurs Ethics* 1999; 6(2): 144-9.
30. Redinbaugh E, Zeiss AM, Davies HD, Tinklenberg JR. Sexual Behaviors in Men with Dementing Illness. *Clin Geriatrics* 1997; 5(13): 45-50.
31. Hashmi FH, Krady AI, Qayum F, Grossberg GT. Sexually Disinhibited Behavior in the Cognitively Impaired Elderly. *Clin Geriatrics* 2000;8(11): 61-8.

32. Eaid CMR. Sex counseling for geriatric patients. *Can Fam Phys* 1973; 18:58-60.
33. Rabins PV. Behavioural problems in the demented. In: Light E, Lebowitz BD, editor. *Alzheimer's Disease, Treatment and Family Stress*. Londres: Hemisphere; 1990. p. 322-339.
34. Hussian RA. Stimulus control in the modification of problematic behaviour in elderly institutionalized patients. *Int J Behav Geriatr* 1982; 1:33-42.
35. White CB, Catania JA. Psychoeducational intervention for sexuality with the aged, family members of the aged, and people who work with the aged. *Int J Aging Hum Devel* 1982; 15(2): 121-138.
36. Glass JC, Mustian RD, Carter LR. Knowledge and attitudes of health-care providers towards sexuality in the institutionalized elderly. *Educat Gerontol* 1986; 12:465-475.
37. Livni M. Nurses' attitudes toward sexuality and dementia. Measurement of the effects of an education program. *Am J Geriatr Psychiatr* 1994; 2(4).
38. Holmes D, Reingold J, Teresi J. Sexual expression and dementia. Views of caregivers: A pilot study, Hebrew Home for the Aged at Riverdale, New York, USA. *Internat J Geriatr Psychiatr* 1997; 12:695-701.
39. Lothstein LM. Antiandrogen treatment for sexual disorders: Guidelines for a standard of care. *Sex Addic Compul* 1996; 4:313-31.
40. Jensen CF. Hypersexual agitation in Alzheimer's disease. *J Am Geriatr Soc* 1989; 37(9): 917.
41. Neumann F, Klamus J. Therapeutic possibilities of reducing sexual drive. In: *Hormonal Treatment of Sexual Deviations*. Berlín: Diesbach; 1991. p. 15-32.

42. Mullen B, Brar JS, Vagnucci AH, Ganguli R. Frequency of sexual dysfunctions in patients with schizophrenia on haloperidol, clozapine or risperidone. *Schizophr Res* 2001; 48(1): 155-8.
43. Kaneda Y. Effects of risperidone on gonadal axis hormones in schizophrenia. *Ann Pharmacother* 2001; 35(12): 1523-7.
44. Orengo C, Kunik ME, Molinari V, Wristers K, Yudofsky SC. Do Testosterone Levels Relate to Aggression in Elderly Men With Dementia? *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2002; 14(2): 161-166.
45. Halleck SL. The ethics of antiandrogen therapy. *Am J Psychiatry* 1981; 138(5): 642-3.
46. Davies TS. Cyproterone acetate for male hypersexuality. *J Int Med Res* 1974; 2(2): 159-63.
47. Bradford JM, Pawlak A. Sadistic homosexual pedophilia: treatment with cyproterone acetate: a single case study. *Can J Psychiatry* 1987; 32(1): 22-30.
48. Potocnik F. Successful treatment of hypersexuality in AIDS dementia with cyproterone acetate. *S Afr Med J* 1992; 81(8): 433-4.
49. Levitsky AM, Owens NJ. Pharmacologic treatment of hypersexuality and paraphilias in nursing home residents. *J Am Geriatr Soc* 1999; 47(2): 231-4.
50. Cooper AJ. Medroxyprogesterone acetate (MPA) treatment of sexual acting out in men suffering from dementia. *J Clin Psychiatry* 1987; 48(9): 368-70.
51. Amadeo M. Antiandrogen treatment of aggressivity in men suffering from dementia. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 1996; 9(3): 142-5.
52. Rodríguez MM, Grossberg GT. Estrogen as a psychotherapeutic agent. *Clin Geriatr Med* 1998; 14(1): 177-89.

53. Toran-Allerand CD, Singh M, Setalo G Jr. Novel mechanisms of estrogen action in the brain: new players in an old story. *Front Neuroendocrinol* 1999; 20(2): 97-121.
54. Kyomen HH, Hennen J, Gottlieb GL, Wei JY. Estrogen Therapy and Noncognitive Psychiatric Signs and Symptoms in Elderly Patients With Dementia. *Am J Psychiatry* 2002; 159(7): 1225-1227.
55. Kyomen HH, Satlin A, Hennen J, Wei JY. Estrogen therapy and aggressive behavior in elderly patients with moderate-to-severe dementia: results from a short-term, randomized, double-blind trial. *Am J Geriatr Psychiatry* 1999; 7(4): 339-48.