

Anticoncepción en la paciente disminuida psíquica. Consideraciones médico-legales

J. L. Gallo Vallejo^a, M. V. Padilla Vinuesa^b y F. J. Gallo Vallejo^c

^aJefe de Sección. Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

^bAbogada. Profesora de la Fundación de Estudios y Prácticas Jurídicas. Colegio de Abogados-Universidad de Granada.

^cMédico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zaidin. Granada.

Se presentan las distintas opciones de anticoncepción en una situación muy especial, como es en la paciente disminuida psíquica. En cuanto a los métodos anticonceptivos reversibles, los más demandados y aceptados en este colectivo son los anticonceptivos hormonales inyectables, la anticoncepción de emergencia o poscoital, los dispositivos intrauterinos y los implantes subdérmicos. Para esta anticoncepción reversible será suficiente el consentimiento de los padres o del tutor legal, no siendo necesaria la autorización judicial. En cuanto al problemático caso de la anticoncepción quirúrgica, se comenta lo recogido al respecto en el Código Penal español, que establece la posibilidad lícita de la esterilización de incapaces. Finalmente, se hace mención a las actitudes legales ante la situación de embarazo de una incapaz y su posible interrupción legal.

Palabras clave: paciente disminuida psíquica, anticoncepción reversible e irreversible, demanda de aborto.

The different options of contraceptives in a very special situation, as is the mentally handicapped patient, are presented. In regards to reversible contraceptives methods, those requested most and accepted in this group are injectable hormone contraceptives, emergency contraception or post-coital contraception, intrauterine devices and subdermal implants. For this reversible contraception, consent of the parents or legal guardian is sufficient, legal authorization not being necessary. In regards to the problematic case of surgical contraception, that collected in this regards in the Spanish Penal Code is commented on. It establishes the licit possibility of sterilization of incapacities. Finally, the legal attitudes to the situation of pregnancy of an incapacitated subject and its possible legal interruption are commented on.

Key words: mentally handicapped patient, reversible and irreversible contraception, demand for abortion.

INTRODUCCIÓN

Dentro de la práctica ginecológica podemos encontrarnos en el campo de la anticoncepción con situaciones especiales, entre las que se incluye la anticoncepción en disminuidas psíquicas, con importantes implicaciones legales y éticas, siempre dependiendo del grado de incapacidad y del tipo de demanda.

En el caso de que se nos solicite anticoncepción reversible para una mujer en cualquier etapa de su vida reproductiva que tenga sus capacidades psíquicas disminuidas, será necesario el consentimiento de los padres o de su tutor legal¹. No parece, pues, necesaria la autorización judicial, ya que se interpreta como un tratamiento preventivo

común. Este caso no suele ser problemático, ya que habitualmente son los padres quienes lo solicitan.

A la hora de ofrecer un consejo anticonceptivo para estas personas², será necesario:

- Valorar cada caso de forma individual.
- Estimar en todos los casos el riesgo de exposición a un embarazo o a alguna enfermedad de transmisión sexual.
- Colaboración constante con los padres y educadores.

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS MÁS ADECUADOS

Como norma general se acepta que, para estas personas disminuidas psíquicamente, los métodos anticonceptivos más adecuados son aquellos que, siendo eficaces y seguros (requisitos, por otra parte, imprescindibles para cualquier método anticonceptivo), no estén sujetos a su intervención responsable y consciente.

Es obvio, pues, que los métodos llamados naturales (método del ritmo o de Ogino-Knaus, temperatura basal, método de Billings, etc.), el *coitus interruptus*, los métodos

Correspondencia: J. L. Gallo Vallejo.

C/ Acera del Darro n.º 92, 3.º F.

18005 Granada.

Correo electrónico: jgallov@sego.es

Recibido el 15-12-05; aceptado para su publicación el 22-03-06.

de barrera (preservativo, diafragma, capuchón cervical), el anillo vaginal o el parche transdérmico son totalmente desaconsejables. En cuanto a la píldora anticonceptiva, sólo podría ser recomendada y usada en el caso de que una persona muy allegada se responsabilizara del cumplimiento de la toma diaria.

Con todo ello, los métodos anticonceptivos más demandados y aceptados en este colectivo serían los siguientes:

Anticonceptivos hormonales inyectables

Estrógeno más progestágeno

– Dosis única de un compuesto de estrógeno más progestágeno.

– Nombre comercial: Topasel[®] (10 mg de enantato de estradiol y 150 mg de acetofénido de dihidroxiprogesterona). Presentación 1 y 3 ampollas. Financiado por la Seguridad Social.

– Pauta de administración: mensual. Una ampolla intramuscular profunda iniciándose su administración el 7.º-8.º día de la regla, siendo indiferente el momento del día en que se administre. Inicio envases sucesivos: 7.º-8.º día de la regla.

– Excepciones al uso habitual: se puede poner la inyección 3 días antes o 3 días después del día que le corresponda.

– Si durante su administración se presentan sangrados intermenstruales o hemorragia por disrupción hay que conocer:

1) Si ha habido un cumplimiento adecuado del método y si ha tomado la paciente alguna medicación durante el ciclo.

2) El tiempo que lleva utilizando el método (más frecuente en los 3 primeros meses).

– Hay que conocer que este preparado produce más cambios en el perfil lipídico e hidrocarbonado que los preparados orales modernos.

Progestágeno solo intramuscular

– DepoProgevera[®] (150 mg de acetato de medroxiprogesterona).

– Inyección intramuscular el 5.º día de la menstruación.

– Administración trimestral.

– Excepciones al uso habitual: se puede poner la inyección 15 días antes o 15 días después del día que le corresponda.

– Tiene una potente actividad gestagénica con nula actividad estrogénica y androgénica e inhibe eficazmente la ovulación durante 14 semanas mediante la supresión del eje hipotálamo-hipofisario.

– Su eficacia anticonceptiva es muy elevada, con un índice de Pearl menor de 1 en muchos estudios³.

– Ventajas: alta eficacia y administración cada 3 meses.

– Inconvenientes: alteraciones del metabolismo lipídico, hinchazón, ligero aumento de peso, sangrados irregulares y/o amenorrea, no protege (al igual que el anterior preparado inyectable mencionado) frente a infecciones de transmisión sexual (ITS), pérdida de masa ósea, etc.

Anticoncepción de emergencia o poscoital

– Útil cuando se sospecha la posibilidad de un coito no protegido. Incluso cuando no se tiene certeza de que éste se hubiera producido, al ser un método eficaz y con escasos efectos secundarios se puede usar preventivamente.

– A nivel mundial se han utilizado varios métodos de anticoncepción de emergencia (AE). En el momento actual, y desde un punto de vista legal, sólo se puede recomendar el uso de levonorgestrel (LNG) y del dispositivo intrauterino (DIU)⁴.

– Existen en España, desde mayo de 2001, dos preparados comerciales: Postinor[®] y Norlevo[®]; envase de 2 comprimidos, que contiene cada comprimido 750 mg de LNG. No financiable por la Seguridad Social.

– Dos comprimidos en dosis única antes de las 72 horas del coito de riesgo. No previene el embarazo en todos los casos, su eficacia disminuye sensiblemente después de pasadas 72 horas desde el coito de riesgo y no es eficaz para otras exposiciones.

– Eficacia para evitar el embarazo en función del tiempo transcurrido desde el coito de riesgo: a) antes de 24 horas: un 95%; b) 25-48 horas: un 85%, y c) 49-72 horas: un 58%.

– Aunque su eficacia disminuye sensiblemente después de pasadas 72 horas desde el coito de riesgo, en caso de necesidad se puede utilizar hasta pasadas 120 horas, aunque en esta situación estaría más indicado la inserción de un DIU.

– Efectos secundarios: náuseas, vómitos, mastodinia.

– La pauta clásica de Yuzpe (200 µg de etinilestradiol y 1 mg de LNG) está prácticamente en desuso, por su menor eficacia anticonceptiva y más efectos secundarios.

– Al igual que los métodos anteriores, la AE no protege frente a ITS.

Otros métodos de larga duración y no sujetos a la voluntad de la usuaria

Dispositivo intrauterino

– DIU de cobre.

– DIU con LNG (Mirena[®]). En la prevención del embarazo, el DIU con LNG tiene alta efectividad (con índice de Pearl por debajo de uno), muy superior a sus homónimos de cobre (con índice Pearl de 1-3). Recordemos que la eficacia de un método anticonceptivo se expresa por el citado índice de Pearl, que señala el número de embarazos que presentarían teóricamente 100 mujeres que usaran este método durante un año. El DIU con LNG puede ser una buena alternativa a los clásicos de cobre en pacientes que se encuentran en la cuarta década de la vida y presentan menorragias que llegan a provocar situaciones de anemia ferropénica.

Implantes subdérmicos⁵

En España están comercializados dos preparados: Implanon[®] y Jadelle[®]. El Implanon[®] consiste en un implante monovarilla, libera etonorgestrel y proporciona una elevada protección anticonceptiva durante 3 años. Jadelle[®]

consiste en dos varillas que liberan LNG a una tasa constante durante 5 años.

La tasa acumulada de embarazo para Jadelle® al cabo de 5 años es inferior a 1 por 100, aunque es mayor entre mujeres menores de 25 años, o con peso superior a 70 kg⁶. La tasa de fallo de Implanon® es cero, siendo su eficacia anticonceptiva la más elevada de todos los métodos anticonceptivos con sólo gestágenos.

Los trastornos de sangrado son prácticamente inevitables en las usuarias de implantes. Son más frecuentes durante los primeros meses y tienden a disminuir con el tiempo. La mayoría de mujeres presentan sangrado prolongado o irregular durante el primer año, que con el tiempo tiende a mejorar. Es menos frecuente la amenorrea con Jadelle®, pero relativamente frecuente con Implanon®.

Globalmente, los implantes constituyen un método anticonceptivo de elevada eficacia y seguridad, de larga duración, reversible, no relacionado con la actividad sexual y con pocos efectos secundarios. Es así que, dentro de las indicaciones específicas de los implantes con gestágenos, están recogidas estas dos⁷:

1) En los casos que se precise una anticoncepción efectiva por períodos de 3 a 5 años.

2) En aquellos casos en los que la capacidad de la usuaria precise un método con poca participación por su parte.

Es evidente que estas dos indicaciones son perfectamente aplicables a la paciente con disminución psíquica.

También, en el perfil de la usuaria de anticoncepción con sólo gestágenos se incluye que dichos métodos anticonceptivos están, entre otros casos, indicados especialmente en pacientes psiquiátricas y deficientes mentales⁸.

En definitiva, tanto el DIU como los implantes subdérmicos pueden ser una buena alternativa anticonceptiva en la disminuida psíquica, si no existen contraindicaciones y cuando existan relaciones estables y duraderas.

ESTERILIZACIÓN QUIRÚRGICA

Más problemático es el caso de la esterilización quirúrgica en disminuidas psíquicas, en personas que no están en condiciones de adoptar por sí mismas esa decisión. En estos casos, ¿puede el Derecho admitir o rechazar que otra persona pueda decidir por esos sujetos?

Fue en 1989 cuando se incorporó al Código Penal español, por medio de la Ley Orgánica 3/1989, de 21 de junio, un inciso al artículo 428, estableciendo la posibilidad de la realización lícita de la esterilización de incapaces: “Sin embargo, no será punible la esterilización de persona incapaz que adolezca de grave deficiencia psíquica cuando aquélla haya sido autorizada por el Juez a petición del representante legal del incapaz, oído el dictamen de dos especialistas, el Ministerio Fiscal y previa exploración del incapaz”.

Se planteó cuestión de inconstitucionalidad, alegándose la contradicción de la norma legal con el artículo 15 de la Constitución, que reconoce que “todos tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral, sin que, en ningún ca-

so, puedan ser sometidos a tortura ni a penas o tratos inhumanos o degradantes”, añadiéndose a esta justificación, además, lo dispuesto en los artículos 10.1 y 49.

A pesar de sus detractores, dicha norma fue considerada constitucional por la Sentencia del Tribunal Constitucional 215/94⁹, de 14 de julio, entendiéndose que dichos sujetos no pueden cumplir adecuadamente sus obligaciones como padres, en el caso de embarazo y parto; de modo que la esterilización permite el libre ejercicio de la sexualidad sin riesgo para la procreación.

El Tribunal Constitucional, mediante dicha Sentencia 215/94 de 14 de julio de 1994, tras llegar a la conclusión de la inexcusable intervención judicial, exige los siguientes requisitos:

1) El proceso sólo se puede iniciar a través de la solicitud de quienes ostenten la representación legal de la incapaz.

2) El proceso se sustancia ante un Juez, que puede o no otorgar su autorización.

3) Debe existir una previa declaración de incapacidad también judicialmente acordada.

4) Exploración judicial de la persona incapaz, siempre que las circunstancias lo permitan, ello por exigencia del propio Código Penal.

5) Oír a dos especialistas que determinen con claridad y precisión si se cumplen los requisitos establecidos para proceder a la esterilización del incapaz. Informes que deberán ser aportados con la solicitud.

6) Intervención del Ministerio Fiscal, quien debe pronunciarse sobre la concurrencia o no de los requisitos formales y materiales previstos en la norma.

El Código Penal aprobado por Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, y en vigor desde el día 24 de mayo de 1996, presenta una regulación similar al precepto mencionado. Así, el artículo 156 del Código Penal actual recoge que “se permite la esterilización de persona incapacitada de grave deficiencia psíquica cuando aquélla, tomándose como criterio recto el del mayor interés del incapaz, haya sido autorizada por el Juez, bien en el mismo procedimiento de incapacitación, bien en un expediente de jurisdicción voluntaria, tramitado con posterioridad al mismo, a petición del representante legal del incapaz, oído el dictamen de dos especialistas, el Ministerio Fiscal y previa exploración del incapaz”.

El Código Penal encomienda, por tanto, la autorización para llevar a cabo la esterilización de los incapaces a los jueces civiles, no a los penales, pues sólo aquéllos son los competentes para la tramitación de los procesos de incapacitación o de jurisdicción voluntaria. La competencia se atribuye, por tanto, a los Jueces de Primera Instancia del correspondiente partido judicial¹⁰.

Dos son los puntos de mejora que presenta el artículo 156 del Código Penal respecto a la Sentencia del Tribunal Constitucional 215/94^{11,12}:

1) Cabe resaltar la expresión “persona incapacitada” frente a la ambigua anterior “persona incapaz”: la persona incapacitada lo es en virtud de declaración judicial firme, en la que el Juez ha declarado que, por padecer deficien-

cias físicas o psíquicas que le impiden gobernarse por sí sola, la persona no es capaz de realizar actos con eficacia jurídica.

2) La adición del siguiente inciso: “tomándose como criterio rector el del mayor interés del incapaz”, que denota cuál es el criterio que debe guiar las resoluciones judiciales en estas materias.

Vistos los presupuestos para la concesión de la esterilización, existen también unos requisitos posteriores de la resolución judicial estimatoria de la solicitud de esterilización¹³:

1) La esterilización. Lo que el juez autoriza es una esterilización exclusivamente, o sea, el procedimiento para hacer perder, temporal o definitivamente, las *capacitas generandi*, dejando íntegra la *capacitas coeundi*.

2) Realizada por facultativo, entendiéndose como tal el ginecólogo o el especialista correspondiente que lleve a cabo la intervención.

En cuanto a los métodos de esterilización femenina¹⁴, las técnicas laparotómicas han quedado superadas por las técnicas laparoscópicas. La laparotomía sólo continúa utilizándose en caso de contraindicación del método laparoscópico y, sobre todo, cuando se lleva a cabo la laparotomía en el curso de otra intervención en la que se realiza la esterilización como intervención secundaria.

En el caso de que la laparoscopia no sea posible realizarla, bien porque esté contraindicada, bien porque sea imposible técnicamente o se presenten complicaciones, o simplemente porque no se disponga de la misma, se procede a la esterilización a través de una minilaparotomía.

Últimamente está teniendo un gran auge la esterilización tubárica histeroscópica con el método Essure®. Éste es un nuevo método de esterilización tubárica permanente que, mediante unos dispositivos de titanio y fibras de dacron insertados en la trompa por vía histeroscópica, producen una fibrosis que obstruyen el lumen de las trompas impidiendo el embarazo. Es un método quirúrgico, que no precisa anestesia general ni ingreso hospitalario y permite una rápida recuperación. Hasta ahora, los resultados obtenidos con este nuevo método son excelentes, hasta tal punto que no se han descrito embarazos en los casos en que los dispositivos se han colocado correctamente; ello unido a que los accidentes quirúrgicos (perforación de la trompa o del cuerno uterino) y los problemas postimplantación (infección, hemorragia, dolor) son inferiores a un 5% de los casos, hace que se presente como una muy buena alternativa a la esterilización tubárica laparoscópica¹⁵.

ACTITUDES LEGALES ANTE LA SITUACIÓN DE EMBARAZO DE UNA INCAPAZ Y SU POSIBLE INTERRUPTIÓN LEGAL

Se puede plantear la situación de un embarazo en la incapaz y el deseo del tutor o del padre de la realización de una interrupción voluntaria del embarazo (IVE). En este supuesto, ¿cuál es la situación legal actual?

En la legislación actual no existe una ley que autorice la IVE, sino unos supuestos de no punibilidad contemplados

en el Código Penal. El artículo 417 bis del Código Penal dice literalmente:

1) No será punible el aborto practicado por un médico, o bajo su dirección, en centro o establecimiento sanitario, público o privado, acreditado y con consentimiento expreso de la mujer embarazada, cuando concurra alguna de las circunstancias siguientes:

I. Que sea necesario para evitar un grave peligro para la vida o la salud física o psíquica de la embarazada y así conste en un dictamen emitido con anterioridad a la intervención por un médico de la especialidad correspondiente, distinto de aquél por quien o bajo cuya dirección se practique el aborto. En caso de urgencia por riesgo vital para la gestante, podrá prescindirse del dictamen y del consentimiento expreso.

II. Que el embarazo sea consecuencia de un hecho constitutivo de delito de violación del artículo 429, siempre que al aborto se practique dentro de las doce primeras semanas de gestación y que el mencionado hecho hubiese sido denunciado.

III. Que se presuma que el feto habrá de nacer con graves taras físicas o psíquicas, siempre que el aborto se practique dentro de las veintidós primeras semanas de gestación y que el dictamen, expresado con anterioridad a la práctica del aborto, sea emitido por dos especialistas de centro o establecimiento sanitario, público o privado, acreditado al efecto, y distintos de aquél por quien o bajo cuya dirección se practique el aborto.

2) En los casos previstos en el número anterior, no será punible la conducta de la embarazada aun cuando la práctica del aborto no se realice en un centro o establecimiento público o privado acreditado o no se hayan emitido los dictámenes médicos exigidos.

Se contemplan, pues, tres circunstancias en las que el aborto deja de ser delito¹⁶:

– *Aborto terapéutico*: cuando esta intervención es necesaria para evitar un grave peligro para la vida o la salud física o psíquica de la embarazada.

– *Aborto ético*: cuando el embarazo es el resultado de un delito de violación.

– *Aborto eugenésico*: cuando se presume que el niño nacería con graves taras físicas o psíquicas.

Como se aprecia, en dichos supuestos siempre se habla de “consentimiento expreso de la mujer embarazada”. Habrá que analizar, pues, si en el caso de la incapaz puede ser suplido ese consentimiento por el tutor.

El artículo 10 Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, permite al tutor suplir el consentimiento de una forma genérica cuando no esté capacitado para ello, pero es evidente que no se puede suplir la autorización judicial sin más por el representante legal.

Dada la gran similitud existente entre la demanda de aborto y la esterilización, habrá que recurrir a la ya mencionada Sentencia del Tribunal Constitucional 215/1994 y al artículo 156 del Código Penal vigente, de modo que, ante la demanda de aborto en los casos de incapaces, es obvio que, cuando concurren los supuestos previstos en el Código Penal, es necesario acudir al proceso judicial, reca-

bar el informe de especialistas, oír en su caso a la incapaz, todo ello con la intervención del representante legal de la incapaz y del Ministerio Fiscal¹⁷.

BIBLIOGRAFÍA

1. Haya J, de los Reyes S, Lertxundi R. Aspectos legales en la adolescencia. En: Wyeth-Lederle, editor. Manual de Salud Reproductiva en la Adolescencia. 1.ª ed. Zaragoza; 2001. p. 837-50.
2. Serrano I. Rompiendo tabúes: anticoncepción en personas con deficiencia mental. Equipo DAPHNE Noticias. Boletín Informativo sobre Salud de la Mujer. 2003;6:2-3.
3. Bathena RK. The long-acting progestogen-only contraceptives injections: an update. Br J Obstet Gynecol. 2001;198:3-8.
4. Lete I, Bajo J, Doval JL, Álvarez D, Haya J. Actuación práctica ante el coito de riesgo. Barcelona: Chiesi España S.A., edit. 2004.
5. Martínez F, Parera N. Panorama anticonceptivo en 2004. Rev Iber Fer. 2004;21(1):41-52.
6. Meirik O, Fraser IS. D'Arcangues for the WHO. Consultation on implantable contraceptives for women. Hum Reprod Update. 2003;9:49-59.
7. Ramírez Polo I. Asesoramiento en anticoncepción con sólo gestágenos. En: Sánchez Borrego R, Lete Lasa I, editores. Anticoncepción con sólo gestágenos. Revisión de los datos. Madrid; 2004. p. 135-9.
8. Doval Conde JL, Blanco López S. Perfil de la usuaria de anticoncepción con sólo gestágenos. En: Sánchez Borrego R, Lete Lasa I, editores. Anticoncepción con sólo gestágenos. Revisión de los datos. Madrid; 2004. p. 141-6.
9. Sentencia 215/1994 de 14 de Julio del Tribunal Constitucional. BOE de 18 de Agosto.
10. Esparza Olcina C. La esterilización de los incapaces. Rev Ped de Atención Primaria. 2002;4,14:117-25.
11. Amor Pan JR. Medios de control de la natalidad. (Consulta 01/07/2005). Disponible en: http://www.down21.org/educ_psc/sexualidad/anticoncepcion.htm
12. Comentarios al nuevo Código Penal. Editorial Aranzadi; 1996.
13. Abel F, Cuadrado C, González-Merlo J, Martínez JM, Mateu S, San Frutos L, et al. Esterilización de Personas con Deficiencia Mental. En: Documentos de Consenso S.E.G.O. Comisión de Bioética en Obstetricia y Ginecología. Madrid; 1999. p. 15-20.
14. Ordás J. Esterilización femenina. En: Calaf Alsina J. Manual Básico de Anticoncepción. 3.ª ed. Barcelona: Masson S.A.; 2005. p. 185-218.
15. Úbeda A, Labastida R, Dexeux S. Essure: a new device for hysteroscopic tubal sterilization in an outpatient setting. Fertil Steril. 2004;82:196-9.
16. Padilla Vinuesa MV, Gallo Vallejo JL. El aborto: Legislación actual. Actuación del profesional médico ante una demanda de aborto. En: Gallo FJ, et al, editores. Manual del Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. 2.ª ed. Madrid: Coordinación Editorial I.M.&C.; 1997. p. 1004-9.
17. Reyes Gallur JJ. Actitudes legales ante la situación de embarazo de un incapaz o de un menor de edad y su posible interrupción legal. (Consulta: 01/07/2005). Disponible en: http://www.porticolegal.com/articulos/pa_172.php