

**Publicado en la Revista Bioética y Ciencias de la Salud. Vol 4, N°1. En la sección:**

**BREVES**

**La esterilización del disminuido psíquico.**

**Antonio Pedrajas Ortiz.** Médico de Medicina Interna. Miembro de la Sociedad Andaluza de Investigación Bioética (SAIB).

La esterilización de disminuidos psíquicos es un tema polémico sobre el que creo que aún no está todo dicho. Se podría pensar que ya existen leyes que la regulan y por tanto es algo solucionado e inamovible. Sin embargo me parece importante reincidir sobre una situación como ésta, sobretodo porque aparece reflejada en la legislación internacional con distintas redacciones que no dan solución a los problemas de fondo sino que toman la vía más fácil. Con el pretexto de salvaguardar los derechos del enfermo mental y protegerlo de abusos, lo que se consigue es facilitar la esterilización de estas personas dándole cauce legal.

El planteamiento de este tipo de leyes se inicia considerando casos extremos y a continuación se generaliza injustificadamente llegando a abusos comparables a los que se pretenden evitar. Además, no podemos pensar que con la legislación está todo resuelto y que no existen otras alternativas muy válidas que hay que potenciar.

A mi juicio la esterilización de un enfermo mental atenta su dignidad y esta dignidad debe ser respetada por encima de todo. Me parece importante considerar que un embarazo no deseado en una persona con deficiencia mental también ofende su dignidad, pero esto no justifica cualquier actuación y menos una que hace igualmente daño a la persona y a la dignidad del discapacitado. Existen otras medidas a tener en cuenta para evitar ese embarazo y que implican atención personalizada, preocupación por el enfermo mental y sus familias, coordinación entre cuidadores e instituciones,

atención a la educación y el ocio, respeto por la salud integrada del paciente y otras que comentaré y que no precisan el recurso a la esterilización o la anticoncepción como única posibilidad.

La esterilización es un fenómeno que a lo largo de la historia ha tenido distintas motivaciones y aplicaciones. Además de las esterilizaciones de carácter terapéutico o curativo, que plantean escasos compromisos éticos, existen otras motivaciones que requieren un estudio más detallado y de las que sólo haré una breve mención siguiendo una clasificación de Sgreccia.<sup>1</sup>

Algunas esterilizaciones han sido castraciones de carácter pseudo-religioso como equivocada ayuda a la virtud o para conseguir “voces blancas”. También se puede mencionar la castración penal o punitiva a prisioneros y reincidentes de delitos sexuales. Otro motivo ha sido la esterilización eugenésica practicada en la Alemania de Hitler y hasta en otros 25 Estados a comienzos del siglo XX. Por último, la práctica más habitual es la esterilización anticonceptiva, que puede ser voluntaria o puede ser coaccionada como ocurrió en India durante los años sesenta.

La diversificación de las técnicas quirúrgicas unido a la seguridad, a la simplificación y a la potencial reversibilidad de las mismas ha posibilitado que aumente considerablemente el número de intervenciones practicadas y se atiendan nuevas indicaciones. Al aumentar la casuística surgen nuevos planteamientos éticos, a la vez que se tiene una nueva consideración social del fenómeno y es motivo de revisión de las leyes que lo regulan.

La ley española penaliza con prisión de seis a doce años a aquel que “causare a otro, por cualquier medio o procedimiento,... la esterilidad,...”<sup>2</sup> sin mediar causa grave y sin su consentimiento. Como excepción, esta ley afirma que “no será punible la esterilización de persona incapacitada que adolezca de grave deficiencia psíquica

cuando aquella, tomándose como criterio rector el del mayor interés del incapaz, haya sido autorizada por el Juez, bien 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”.<sup>3</sup> De esta manera se puede esterilizar a una persona sin contar con su consentimiento porque no puede expresarlo y por tanto hay que considerar que nos estamos planteando un problema de competencia.

Al final el asunto a tratar, entre otros, es la valoración de la competencia e incapacidad del paciente y sobre eso también se podría sugerir un amplio debate.

El Convenio de Bioética del Consejo de Europa ha sido recientemente ratificado por España <sup>4</sup>. En el artículo 6 que trata sobre el consentimiento se puede leer que “sólo podrá efectuarse una intervención a una persona que no tenga capacidad para expresar su consentimiento cuando redunde en su beneficio directo.” Ahora quedaría por dilucidar si la esterilización supone en beneficio directo al enfermo mental. En mi opinión sólo es una intervención para evitar una posibilidad, no una realidad. Y esta posibilidad puede evitarse por otros medios más respetuosos con el discapacitado.

A pesar de las distintas posturas sobre este tema, me parece que la incapacidad de una persona no implica que ésta tenga menos dignidad; y la mutilación de parte de su organismo o la alteración de su fisiología sin causa justificada atentan gravemente contra esa dignidad.

En opinión de Sala <sup>5</sup>, se debe promover la autonomía del paciente, preguntarle qué es el bien para él y esperar una respuesta en la medida de lo posible, eliminando los obstáculos que impiden el ejercicio responsable de su capacidad de decisión. El problema está en intentar establecer el límite entre una acción auténticamente benéfica, que tenga en cuenta la mermada libertad de decisión del paciente, y una acción más

propriadamente paternalista en la que el sujeto es expropiado de su derecho de autonomía. Esta expropiación nunca es legítima ni siquiera en el caso de una incapacidad pasajera o permanente de tomar decisiones.

Cuando el consentimiento se hace con dificultad hablamos de consentimiento sustituido e interpretado. Siempre que se pueda se debe restituir a la persona del enfermo la centralidad que le compete.

Me parece importante insistir en que estas leyes se mueven en el mundo de la especulación, de las probabilidades, de la hipótesis ante hechos futuros e inciertos, tal como recuerda González <sup>6</sup>. No estamos ante un tipo de intervención terapéutica cuyo fin sea el restablecimiento de un estado alterado en un paciente, sino el de eliminar una posibilidad que se presenta como un riesgo: el embarazo.

En este sentido la esterilización se puede convertir en un arma de doble filo. El peligro surge al eliminar la capacidad generativa del disminuido psíquico y pensar que ya se ha solucionado el problema con solo descartar la posibilidad del embarazo. De esta manera aparecen otros riesgos y la confianza puede degenerar en dejación de vigilancia por parte de familiares e instituciones.

Es entonces cuando el enfermo psiquiátrico es más vulnerable. Si realmente no está capacitado para asumir una paternidad responsable, ¿cómo podrá afectarle la carga afectiva que implica toda relación sexual estable? Y si la relación sexual no es estable, ¿cómo reaccionará ante un desengaño amoroso o ante el abuso por parte de otra persona que aprovecha la situación estando totalmente capacitada y siendo consciente de la esterilidad del enfermo? Esto cuando no se acompaña de violencia incluso por parte de un familiar o el mismo peticionario de la esterilización de un enfermo que no va a expresar adecuadamente sus quejas.

Ante estos abusos el deficiente mental también se expone al contagio de enfermedades de transmisión sexual y es probable que no sepa valorar el riesgo al que está expuesto.

En este sentido la esterilización supone, como dice Fernández <sup>7</sup>, “una huida cobarde de la sociedad y una grave dejación de responsabilidad... El incapacitado, en vez de recibir ayuda para integrarse en la vida social, en un acompañamiento vigilante, es abandonado a su propia soledad e, incluso, estimulado a vivir de modo inhumano su propia corporalidad, cuando no a ser objeto de abuso “sin consecuencias molestas”. Así el presunto “derecho a la sexualidad” se convierte en la fácil excusa para un grave abandono a la suerte “sexual” del incapacitado y una renuncia de la sociedad a atender subsidiariamente su necesidad de integración, con excusa de bienestar social, cuando no descaradamente eugenésica”.

Como dice Cuyás <sup>8</sup>: “No podemos plantearnos siquiera la esterilización del deficiente, si no es para su propio bien. Nunca, para ahorrar responsabilidad a la familia o a la sociedad. Supondría una instrumentación degradante del deficiente como sujeto humano”.

Se habla del derecho al placer pero es importante resaltar el derecho que tienen los deficientes mentales a ser amados y respetados en la totalidad de su ser. El supuesto derecho a la sexualidad debe ir acompañado de la entrega y la correspondencia propia del amor humano que además comporta el deber de responsabilizarse de las consecuencias.

El Parlamento Europeo con fecha 16 de julio de 1992 adoptó un informe de la Cámara de Peticiones para reconocer explícitamente los derechos de deficientes mentales por ser un grupo más desfavorecido al que su cuidado no corresponde sólo a especialistas sino al conjunto de la sociedad. En este documento se admite bajo

requisitos muy específicos y en último recurso la esterilización de estos pacientes, cuando no se puedan utilizar otros métodos de contracepción o éstos no ofrezcan garantías suficientes. La esterilización sólo se llevará a cabo tras serias consultas y en ellas se propone que también participen los propios afectados.

Es digno de mención y algo sorprendente o anecdótico el hecho de que recomiende el uso de técnicas que ofrezcan mayor posibilidad de hacer reversible la operación. Precisamente el enfermo psiquiátrico que requiere estas atenciones es valorado sobre su capacidad o incapacidad mental y se encuentra en esta situación desde el nacimiento o ha llegado a ella después de una enfermedad psiquiátrica grave de muy probable curso crónico y poco reversible. Por tanto, será difícil que salga del estado que ha llevado a plantear su esterilidad y difícil que alguien piense en revertirla.

A pesar de que el informe de la Cámara de Peticiones vuelve a dar un velado espaldarazo a la esterilización de disminuidos psíquicos con la excusa de defender sus derechos, es meritorio que el documento se ocupe de la problemática del deficiente mental y plantee con más hondura y extensión otros asuntos de fondo. Así propone otras soluciones que ofrecen una visión totalizadora del enfermo mental y que comentaré al final.

Algunos autores, entre los que se encuentra Seoane <sup>9</sup>, apoyan la esterilización del disminuido planteando la sexualidad como un derecho o como una necesaria manifestación de apertura y culminación de la personalidad. De esa forma capacitaría al enfermo mental para “convertir su particular proyecto vital en proyecto común, sustituyendo el “yo” por el “nosotros””. También afirma que la sexualidad “ha de estar determinada desde la persona, desde la libertad y la responsabilidad de su decisión y actuación; ...negar la sexualidad a las personas con retraso mental es negar su condición

de personas”. Apoyado en este planteamiento justifica la esterilización del enfermo mental.

Es muy gratificante considerar que algunos disminuidos psíquicos son capaces de hacer realidad un proyecto vital común con otra persona y formar una pareja. En este caso no me parece necesario recurrir a la esterilización. Ser capaz de formar una pareja incluiría la consiguiente capacidad de engendrar unos hijos y de criarlos.

Sin embargo no estoy de acuerdo con Seoane en que negar la sexualidad a las personas con retraso mental sea negar su condición de personas porque parece querer decir que la sexualidad es un fundamento imprescindible de la condición de persona y esto sería una visión excesivamente parcial de la noción de persona. En mi opinión el ejercicio de la sexualidad puede comportar la plenitud de la persona humana pero su omisión no niega la condición de persona. Por otra parte cuando habla de libertad y responsabilidad a la hora de ejercer la sexualidad es importante insistir en que estamos hablando de enfermos psiquiátricos graves en los que precisamente se está cuestionando su capacidad y la necesidad de un representante legal tal como especifica la ley; por tanto se entiende que estas cualidades de libertad y responsabilidad están disminuidas.

En su discurso Seoane continúa: “Las personas con retraso mental pueden y deben manifestar todas las dimensiones de su ser, y entre ellas la sexualidad; y han de hacerlo en plenitud, con las únicas limitaciones derivadas de sus carencias, entre las que puede estar la imposibilidad de asumir las consecuencias derivadas de la procreación: la maternidad o paternidad.”

Tampoco estoy de acuerdo con esta afirmación. Creo que la “plenitud” y las “limitaciones” se otorgan de manera arbitraria. De esta manera se aplica la plenitud a la sexualidad y la limitación a las consecuencias de esa sexualidad que, como son un

estorbo, se convierten en excusa para justificar la esterilización. Todo esto se presenta con la buena intención de buscar el “mayor interés del incapaz” según se afirma en la ley.

¿Debemos concluir que el enfermo psiquiátrico grave es incapaz o no dependiendo del tema que se esté tratando? Si realmente no es capaz de asumir la responsabilidad de la generación, ¿será capaz de cuidar de su propio cuerpo, de evitar situaciones de riesgo para enfermedades de transmisión sexual, de manejar adecuadamente la carga afectiva que supone toda relación interpersonal íntima?

Es fácil disentir pero es difícil dar soluciones. Ya hice alusión a esto al comentar el informe de la Cámara de Peticiones del Parlamento Europeo. También analizaré las soluciones que proponen Fernández <sup>7</sup> y Girault <sup>10</sup>.

Se plantean muchos retos porque el problema de cada persona discapacitada debe ser abordado desde su peculiar biografía, de una manera particularizada y ante todo desde el respeto.

El enfermo mental tiene derecho a ser ayudado a asumir su propia discapacidad en todos los aspectos de su vida, también el de la sexualidad. Se debe facilitar su integración en la sociedad pero reconociendo cuales son sus propias limitaciones para que esa integración no sea en desventaja. Para ello se tendrán en cuenta medios jurídicos, sociales y educativos.

El Parlamento Europeo recomienda salvaguardar la dignidad del discapacitado promoviendo la educación integrada siempre que sea posible. Se debe facilitar asesoramiento a los padres o a los familiares próximos y formación continuada a los tutores. Es importante proveer de puestos de trabajo adecuados y suficientes. Se solicita la sustitución progresiva de grandes instituciones por pequeñas unidades de vivienda. Se recuerda que las familias e instituciones necesitan ayuda para desarrollar un ámbito



adecuado donde el incapacitado pueda vivir su minusvalía sin el peligro de ser agredido o violado.

La educación sexual es de gran importancia en la formación integral de la persona y toda la información debe ir unida a los valores de respeto, dignidad, responsabilidad y moralidad. Se pretende de esta manera la maduración afectiva, el control de sí mismo y el manejo correcto de la sexualidad. Si la información se imparte cargada de erotismo sólo se consigue una sobreestimulación en las relaciones interpersonales. La discapacidad no puede ser una excusa para la permisividad en la conducta, de forma que se dé cabida a cualquier tipo de manifestación sexual aberrante o agresiva. Es importante que familia e instituciones colaboren para no crear confusión y desorientación si hay diferencia de criterios.

En este punto los medios de comunicación juegan un importante papel por su carga de sexo y violencia dando lugar a una erotización de la sociedad. El acceso a los medios de comunicación debe ser supervisado por los encargados de la tutela dada su mayor influencia en personas con menor capacidad crítica y menos control de sus impulsos sexuales o agresivos.

La educación sexual debe ser individualizada, en la medida de lo posible, ya que existe diferente capacidad de comprensión en cada sujeto.

El diálogo es fundamental en el desarrollo personal ya que indica respeto y reconocimiento del otro. Se deben descubrir cuáles son las inquietudes del discapacitado, cuáles sus dudas, cuáles sus necesidades y qué soluciones se pueden sugerir. Lo contrario sería mandato, imposición y manipulación.

El enfermo psiquiátrico tiene necesidad de afecto y amistad. Debe aprender a desarrollar su capacidad de amar e intercambiar afecto de persona a persona, lo cual no implica genitalidad.

Se debe respetar la intimidad de la corporalidad y de los pensamientos siempre que sea posible. De esta forma valorará más su propio cuerpo exigiendo el respeto que se merece en todos los aspectos y proporcionándole los cuidados físicos, afectivos y de defensa de daño por parte de otros. Así mismo aprenderá a hablar de lo íntimo, de sus necesidades fisiológicas sin que se entere cualquier persona ajena a su intimidad exponiéndose a una falta de respeto de su dignidad.

Muchas de estas medidas pueden ser costosas y difíciles de aplicar, pero pretenden ofrecer una visión integradora y enriquecedora de la persona discapacitada y se deben tener en cuenta antes de plantearse la esterilización.

Por otra parte, el enfermo que ya ha sido esterilizado no nos exime de la responsabilidad de ofrecerle una tutela atenta, cuidadosa, vigilante y educativa. Pero este tema no es el objetivo de este trabajo y tiene suficiente contenido como para abordarlo en otra ocasión.

## **Bibliografía**

1. Sgreccia E, Bioética y esterilización. En: Manual de Bioética. México: Editorial Diana; 1996, p. 463-491.
2. Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. Artículo 149.
3. Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. Artículo 156. Párrafo segundo.
4. BOE, 20 de octubre de 1999. 36825. Instrumento de Ratificación del Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina (Convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina), hecho en Oviedo el 4 de abril de 1997.
5. Sala R. Autonomía y consentimiento informado. Modelos de relación entre médico y enfermo mental. Medicina y Ética. 1994; 4: 387-420.
6. González M. La justicia al desnudo: la esterilización. Cuadernos de Bioética 1991; 7: 20-22.
7. Fernández F C. La esterilización de incapacitados mentales y su calificación moral objetiva. Cuadernos de Bioética. 1994; 4: 361-367.
8. Cuyás M, Dimensión ética de la persona con deficiencia mental. En: Institut Borja de Bioética. Cuestiones de Bioética. Barcelona: Fundación MAPFRE Medicina; 1997, p. 45-54.
9. Seoane J A. Aspectos éticos y jurídicos de la esterilización de personas con retraso mental. Cuadernos de Bioética. 1999; 1: 140-148.
10. Girault M E. Educación sexual y sexualidad en la persona con discapacidad mental. Medicina y Ética. 1995; 2: 213-230.