

Anticoncepción en psiquiatría

J.J. de la Gándara, I. Muñoz Siscart

Resumen

La coincidencia de patología mental con edad con potencialidad gestacional es muy alta. La utilización de métodos de anticoncepción por esta población es escasa y la preocupación de los psiquiatras por la cuestión también, lo cual puede conllevar embarazos de riesgo. Sin embargo en la actualidad contamos con nuevos métodos anticonceptivos que ofrecen grandes facilidades de uso y alta seguridad tanto en las pacientes psiquiátricas como discapacitadas psíquicas, permitiendo una planificación del embarazo ajustada a la naturaleza de la enfermedad, el curso de la misma, los tratamientos psicofarmacológicos, etc. Las pacientes psiquiátricas que siguen tratamientos farmacológicos potencialmente teratógenos deben ser informadas de las alternativas anticonceptivas disponibles. Asimismo se debe evaluar la capacidad de cada paciente para comprender la información y tomar las decisiones apropiadas. En ocasiones puede ser preciso adoptar decisiones de tratamiento involuntario, de acuerdo con las normas legales vigentes. Esta revisión ofrece una información básica para que los psiquiatras puedan informar a los pacientes y familiares sobre las posibilidades anticonceptivas, los riesgos potenciales de una vida sexual activa, la transmisión de enfermedades, los embarazos no deseados, las interacciones farmacológicas, los riesgos teratogénicos potenciales, etc.

Palabras clave: Anticonceptivos. Planificación familiar. Anticoncepción involuntaria. Salud mental.

Summary

In women, the coincidence of mental diseases with the child bearing age is remarkable. These patients seldom make use of contraception methods and psychiatrists scarcely deal with these problems leading to possible risky pregnancies. Nevertheless, new contraception methods are safe and easy to be used. They are available to psychiatric patients or psychologically handicapped allowing a planned gestation fitted to the condition and course of the disease, psychopharmacological treatment, etc. Psychiatric women treated with teratogenic drugs should be informed of the available contraception methods; also should be assessed regarding their ability to understand this information and to decide accordingly. Sometimes it is lawfully required to decide about an involuntary treatment in accordance with the law.

This review gives basic information to psychiatrists in order to inform patients and their families about contraception methods, the risks of being sexually active, sexually transmitted diseases, unwanted pregnancies, drug interactions, teratogenic hazards, etc.

Key words: Contraceptives. Family planning. Involuntary contraception. Mental health.

Correspondencia: Dr. D. Jesús J. de la Gándara
Servicio de Psiquiatría, Área de Burgos
Av. Islas Baleares, s/n
09005 Burgos
E-mail: jjgandara@terra.es

INTRODUCCIÓN

A la salud reproductiva de hombres y mujeres con discapacidad mental se le da, en general, escasa prioridad, cuando no se deja con demasiada frecuencia directamente de lado. Sin embargo, la mayoría de las personas que sufren enfermedades mentales desean mantener relaciones sexuales tanto como los miembros de la población general. Por ello, la prestación de un servicio de salud de calidad a estos pacientes requiere también el abordaje de su salud reproductiva, incluyendo la posible necesidad de educar sobre anticoncepción. Para ello es preciso prestar especial atención a varios factores. Así, es importante tener en cuenta la índole de su discapacidad, su nivel de funcionamiento, y la capacidad para comprender el significado y requisitos de los diferentes métodos anticonceptivos. Otros factores que pueden influir a la hora de decidir la necesidad y el tipo de anticoncepción son el entorno en el que vive, los apoyos sociales que recibe, la existencia o no de pareja, el nivel de actividad sexual del paciente, la posibilidad de mantener contactos sexuales considerados de riesgo, así como la posibilidad de ser víctimas de abuso sexual.

Las pacientes psiquiátricas deben ser consideradas como un grupo que requiere atención especial por diversos motivos. Así, hay que tener en cuenta que la mayoría siguen un tratamiento crónico con psicofármacos que podrían interferir con anticonceptivos hormonales, por lo que se hace necesario el conocimiento de las posibles interacciones que se pudieran presentar. El mayor consumo de alcohol u otros tóxicos en estas pacientes que en la población general, asociado al uso de psicofármacos, hace que aumente el riesgo de teratogenia en el embarazo. Además, el embarazo puede influir de manera significativa en el curso de la enfermedad mental, por lo que es necesaria su planificación, eligiendo el momento más oportuno para que este llegue a término en las mejores condiciones posibles. Las pacientes con incapacidad mental grave y manifiesta pueden quedarse embarazadas de forma involuntaria, por lo que hay que plantearse la capacidad de estas pacientes para cuidar de sus hijos, y las medidas a adoptar en consecuencia.

Por ello, en ocasiones se puede presentar la posible necesidad de la anticoncepción involuntaria en este tipo de pacientes.

Por todo ello, pretendemos a continuación abordar algunas de estas cuestiones, que se presentan con frecuencia en la práctica clínica diaria pero que en muchas ocasiones se evita abordar por un pudor mal entendido.

HÁBITOS SEXUALES EN PACIENTES PSIQUIÁTRICOS

En un estudio realizado en Estados Unidos en el que se pretendía evaluar las conductas de riesgo, incluidas las sexuales, para contraer HIV en 178 pacientes de ambos sexos con enfermedad mental grave, se vio que aproximadamente la mitad (51,7%) habían tenido relaciones sexuales en los seis meses anteriores. De estos pacientes sexualmente activos se obtuvieron los siguientes datos: más de la mitad (58,1%) nunca utilizaba el preservativo; un 47,8% tenía múltiples compañeros sexuales; un 35,2% habían consumido sustancias durante las relaciones sexuales; 29,7% había tenido relaciones sexuales en al menos una ocasión a cambio de drogas, dinero u otros bienes. Esta conducta era tres veces más frecuente entre pacientes con esquizofrenia que pacientes con otros diagnósticos, y más de cinco veces entre pacientes con síntomas maníacos. También se vio que los pacientes más activos sexualmente estaban mejor informados que el resto en prevención del riesgo de contraer HIV. Los autores concluyen que los pacientes con esquizofrenia y síntomas maníacos tenían más conductas sexuales de riesgo que el resto, por lo que los mayores esfuerzos en materia de educación sexual deberían dirigirse a este grupo de pacientes.

Pacientes ambulatorias

En un estudio en el que se comparó la conducta sexual y reproductiva de 46 mujeres diagnosticadas de esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo en tratamiento ambulatorio, con la de 50 mujeres sanas control, reveló los siguientes resultados: era menos probable que las pacientes psiquiátricas tuvieran pareja, aunque los compañeros

sexuales eran más duraderos. Tenían más posibilidades de haber sido violadas en alguna ocasión, o de haber ejercido la prostitución. A pesar de tener un alto riesgo de contraer infección por VIH, era menos probable que se les hubieran realizado las pruebas diagnósticas del mismo. Tenían menor apetito sexual que las mujeres del grupo control, y consideraban que la satisfacción física y psíquica que les aportaban las relaciones sexuales era menor. Con respecto al embarazo, las pacientes lo planeaban menos, tenían más embarazos no deseados, más abortos, y eran con más frecuencia víctimas de violencia durante el mismo que el grupo control. Sin embargo, las tasas de consumo de sustancias durante el embarazo eran similares en ambos grupos. Las pacientes tenían mayores dificultades para cubrir las necesidades básicas de sus hijos y para que otra persona les ayudara en el cuidado de los mismos. Finalmente eran más propensas a perder la custodia de los mismos. Por todo ello, el estudio concluye que las pacientes con enfermedad mental grave se podrían beneficiar de un entrenamiento en habilidades sociales y planificación familiar, aconsejando una mayor supervisión del embarazo, más pruebas diagnósticas de VIH, y la incorporación en los programas de rehabilitación psicosocial de un entrenamiento en la mejora del cuidado de los hijos.

Otros autores también han intentado determinar las necesidades de las pacientes psiquiátricas en planificación familiar. Así, Coverdale y cols. estudiaron las necesidades anticonceptivas y el riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual de pacientes psiquiátricas ambulatorias con esquizofrenia o trastornos afectivos. Para ello, seleccionaron 66 pacientes mujeres en edad fértil, que compararon con 66 sujetos control sin antecedentes psiquiátricos, apareados en edad y condición social. Un 55,4% de las pacientes había mantenido relaciones heterosexuales en el último año, y sólo una no había utilizado control de natalidad. Un 65,1% de las pacientes había estado embarazada al menos una vez, y en este grupo el número total de embarazos era de 80. De estos, 9 terminaron en aborto natural, 17 en aborto inducido, 2 partos en los que el niño nació muerto, y 52 que llegaron vivos a término. No hubo diferencias estadísticamente significativas en cuanto a abortos espontáneos o niños nacidos

muerdos. Un porcentaje significativamente mayor de hijos de pacientes psiquiátricas no eran cuidados por sus madres biológicas: 42% frente a un 3,8% del grupo control. Las pacientes heterosexuales tenían más probabilidades de haber tenido más de una pareja sexual, de haber sido presionadas en alguna ocasión a mantener relaciones sexuales no deseadas y de haber tenido relaciones sexuales con una pareja bisexual. Finalmente, los autores subrayan la necesidad de desarrollar programas para disminuir el riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados en pacientes psiquiátricas.

Pacientes institucionalizadas

Otros autores, como Egan y cols. han estudiado la utilización de anticonceptivos en pacientes ingresadas en una institución durante más de 6 meses, incluyendo para ello tanto mujeres con enfermedad mental, como con discapacidad intelectual. Para ello, seleccionaron a 42 mujeres, de las que 23 tenían discapacidad intelectual y 28 enfermedad mental. La mayoría no tenían hijos, 4 tenían uno, y dos tenían dos hijos. Trece no eran sexualmente activas. Un 69% estaban con anticoncepción hormonal depot (acetato de medroxiprogesterona), un 14% con anticonceptivos orales combinados, y un 17% sólo con progesterona. Excepto a una paciente, el anticonceptivo fue prescrito por el personal del centro. A más de la mitad se le administró sin su consentimiento, incluyendo 11 mujeres a las que su administración no fue legalmente autorizada. A 33 mujeres se les prescribió con finalidad anticonceptiva, y a 9 por problemas menstruales. A menos de la mitad de las pacientes se les había realizado al menos en una ocasión una medición de la presión arterial en el último año, y sólo a un tercio se le había practicado una citología cervical en los últimos 3 años. De las pacientes sexualmente activas, menos de la mitad sabía cómo protegerse de enfermedades de transmisión sexual, y menos de un 10% utilizaba regularmente preservativos. Por ello, los autores indican que es preciso mejorar la planificación familiar, tanto de pacientes psiquiátricas, como de discapacitadas mentales, poniendo especial atención en la educación sexual y en la participación de la paciente o sus tutores legales en la decisión de la necesidad de

tratamiento anticonceptivo, y qué tipo de anticoncepción se elige.

Anticoncepción en pacientes varones psiquiátricos

Coverdale y cols. estudiaron en Estados Unidos las conductas sexuales y hábitos anticonceptivos en 35 varones con enfermedad mental crónicas de entre 23 y 49 años, que eran atendidos en un consultorio psiquiátrico ambulatorio. La mayoría de los pacientes estudiados habían tenido hijos, pero el 60% de los niños menores de 16 años no eran criados por su padre biológico. Un 57% habían mantenido relaciones sexuales en el último año, y un 26% había tenido 3 o más parejas sexuales durante este período. El 41% de los pacientes que habían tenido relaciones sexuales en el año anterior y que no querían tener hijos en ese momento, notificaron que ni ellos ni sus compañeras sexuales habían usado un método anticonceptivo en la relación sexual más reciente. Concluyen el estudio afirmando que estos pacientes tenían un riesgo considerable de haber engendrado involuntariamente y de haber contraído enfermedades de transmisión sexual.

En otro estudio realizado por los mismos autores en Nueva Zelanda en el que se compararon los hábitos sexuales de 92 pacientes varones psiquiátricos ambulatorios con 92 hombres sanos reveló resultados similares. Así, un tercio (33%) de los pacientes psiquiátricos que no querían ser padres no habían usado anticonceptivos en la relación sexual más reciente, porcentaje similar al de los hombres sanos. Un porcentaje del grupo de pacientes psiquiátricos mucho mayor que el de sanos había entregado a sus hijos menores de 16 años a otras personas para que los criaran. Finalmente, sugieren que los psiquiatras deberían identificar e intentar reducir las conductas sexuales de riesgo de sus pacientes.

PACIENTES CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

Dentro de las pacientes psiquiátricas encontramos un grupo con unas características algo diferentes del resto. Se trata de las mujeres con retraso mental. En general, las personas con dis-

capacidad mental grave rara vez mantienen relaciones sexuales, pero cuando la discapacidad es leve o moderada, con frecuencia desean mantenerlas tanto como los miembros de la población general, y normalmente su fertilidad no ha sido afectada.

En estas pacientes hay que tener en cuenta ciertas características asociadas. Así, tienen una alta frecuencia de comorbilidad psiquiátrica asociada, y es un grupo con alto riesgo de sufrir abusos sexuales o violaciones. Además, es preciso conocer que el uso concomitante de otras medicaciones especialmente frecuentes en estas pacientes, como ciertos psicofármacos y antiepilépticos, puede interferir con los anticonceptivos hormonales.

La anticoncepción en este tipo de pacientes es una gran preocupación para sus cuidadores. Sin embargo, tanto la prevalencia como la frecuencia del uso de diferentes métodos anticonceptivos permanecen generalmente desconocidas. Además, las indicaciones anticonceptivas específicas para estas pacientes son controvertidas. En un estudio realizado en Bélgica con 397 mujeres con discapacidad intelectual, con edades comprendidas entre los 18 y 46 años, se vio que un 40,8% no utilizaba ningún método anticonceptivo, 22,2% habían sido esterilizadas, 18,4% utilizaban anticonceptivos hormonales orales, 17,6% estaban con acetato de medroxiprogesterona depot y un 1% dispositivo intrauterino. Estas cifras difieren ampliamente de los datos de la población general belga, relacionando los autores estas diferencias con la gran influencia de factores institucionales, como las políticas contraceptivas y de relaciones sexuales de la propia institución, o el lugar en el que se duerme (institucional o familiar). Tener o haber tenido novio se relaciona también con mayor probabilidad de utilización de anticonceptivos. Hay otros factores que tienen una menor influencia, como tener un nivel medio de discapacidad intelectual.

Otros autores insisten en que las personas con discapacidad intelectual requieren educación para ayudarles a resistir los posibles abusos sexuales que pudieran sufrir, y un apoyo que asegure que su entorno les protege. Si están en condiciones de hacerlo, deben participar en las decisiones referentes a su salud reproductiva, inclu-

yendo las alternativas anticonceptivas, dándoles siempre los apoyos que puedan necesitar para hacerlo. Si por el contrario no están capacitadas para dar su consentimiento informado, es preciso que sus tutores o representantes legales lo hagan por ellos.

Coverdale indagó en las actitudes de los profesionales de la salud mental en Nueva Zelanda hacia este tema, viendo que un 14% de pacientes varones y un 21% de mujeres habían sido informados por sus psiquiatras en prevención de enfermedades de transmisión sexual; un 5% de

Tabla 1
Hábitos sexuales y anticonceptivos en salud mental

Pacientes psiquiátricas ambulatorias	<ul style="list-style-type: none"> - 55% relaciones sexuales - 1,5% no utilizan método anticonceptivo - 65% embarazadas en al menos una ocasión - 42% hijos cuidados por terceras personas
Pacientes psiquiátricas institucionalizadas	<ul style="list-style-type: none"> - 69% sexualmente activas - 90% no utilizan nunca preservativo
Discapacitadas intelectuales	<ul style="list-style-type: none"> - 40% no utilizan método anticonceptivo - 22% esterilizadas - 35% con anticoncepción hormonal
Pacientes psiquiátricos varones	<ul style="list-style-type: none"> - 57% sexualmente activos - 41% no utilizan método anticonceptivo - 60% hijos cuidados por terceras personas

LA ACTITUD DEL PROFESIONAL

En general, este es un tema escasamente abordado por los profesionales de salud mental. La conducta sexual o anticonceptiva de nuestros pacientes apenas se trata durante la consulta, a no ser que sea el propio paciente el que lo solicite demandando consejo o tratamiento específico. Con demasiada frecuencia se considera que esta esfera de su vida tiene escasa relevancia desde el punto de vista médico. Incluso cuando se aborda desde el punto de vista de la psicopatología, suele ser para inferir datos que ayuden a precisar el diagnóstico o el estado clínico del paciente. Así, una determinada conducta sexual nos puede orientar a diversos diagnósticos, como que un paciente esté en fase maníaca, o que tenga un delirio de contenido sexual, un trastorno obsesivo compulsivo o determinados rasgos de personalidad. Pero rara vez la finalidad de indagar en la vida sexual del paciente es prevenir conductas de riesgo, embarazos no deseados o ayudar a mejorar esta faceta de su vida.

varones y un 17% de mujeres habían recibido información sobre planificación familiar. Un 42% de los profesionales de salud mental reconocieron que tenían insuficientes conocimientos sobre enfermedades de transmisión sexual como para realizar labores educativas con sus pacientes, y más de un tercio se sentía incómodo hablando con el paciente sobre uso de preservativos o preferencias sexuales. Por todo ello, sugieren que los profesionales deberían vencer sus propias barreras a la hora de abordar estos temas, para así poder prevenir el riesgo de ETS y realizar planificación familiar.

ANTICONCEPCIÓN INVOLUNTARIA

A la hora de determinar la necesidad de anticoncepción involuntaria, es preciso recordar los principios éticos básicos que deben respetarse en toda práctica médica.

- **Principio de autonomía:** hace referencia a la capacidad de tomar decisiones acerca del propio cuerpo y la salud. Este principio plantea la

necesidad del consentimiento informado. Para que exista, se necesita por parte del paciente una correcta comprensión de la información acerca de su estado, una adaptación de la información a su nivel cultural, así como voluntariedad por su parte en la asunción de responsabilidades, rechazo o aceptación de los tratamientos y procedimientos sin ningún tipo de coerción, engaño o manipulación.

- **Principio de no maleficencia:** establece la necesidad de no hacer daño con las actuaciones o la ausencia de las mismas.

- **Principio de beneficencia:** indica la orientación a producir el mayor beneficio para el paciente, siempre que sea posible, y sin deterioro de otros derechos.

- **Principio de justicia:** distribución igualitaria de los recursos sanitarios y de posibles beneficios de los actos médicos.

La información aportada a una paciente con enfermedad mental o discapacidad intelectual en relación con materia anticonceptiva y planificación familiar debe ser adecuadamente seleccionada y adaptada a su nivel cultural. Sin embargo, hay que plantearse si el paciente es capaz de tomar decisiones con la información aportada, si puede prever las consecuencias a largo plazo de las decisiones tomadas, y si es válido el consentimiento informado dado, ya que puede tener alterada la capacidad para comprender correctamente la información aportada.

El Código Penal regula las responsabilidades relativas al consentimiento en los artículos 155 y 156, donde se contempla la esterilización de personas incapacitadas, aunque no se plantea de forma específica la posibilidad de anticoncepción involuntaria. Esta es a menudo solicitada por la familia del paciente. Para ello, es precisa la autorización judicial, que requiere el dictamen de dos especialistas, uno de los cuales debe ser psiquiatra o forense especializado en psiquiatría. Además, es preciso que el paciente padezca una grave deficiencia psíquica y que sea declarado incapaz. Se entiende por grave deficiencia psíquica una “enfermedad o deficiencia persistente de carácter psíquico o físico que impidan a la persona

governarse por sí misma” (Art. 200 Código Civil). “Una persona es declarada incapaz si la enfermedad que padece afecta a la esfera intelectual y volitiva, y no puede ejercer los derechos de la personalidad, incluyendo la guarda de la propia persona y la educación de los hijos. Además, se precisa que el sujeto no comprenda el significado y las consecuencias de las relaciones sexuales y del proceso fisiológico de generación, al margen de la etiología de la enfermedad que presente”.

Los trastornos mentales que con mayor frecuencia dan lugar a esta situación son el retraso mental profundo, el trastorno bipolar, especialmente cuando no existen prácticamente períodos libres de enfermedad, y los trastornos esquizofrénicos que originen en el paciente una manifiesta incapacidad para su autogobierno.

En Bélgica, la prevalencia de esterilización entre pacientes discapacitadas es 3 veces mayor que en el resto de la población, y los factores asociados a una mayor probabilidad de ser esterilizado: tener un mayor coeficiente intelectual, vivir en una institución, y factores relacionados con la misma, como que se autoricen las relaciones sexuales entre los internos, y que en la institución se exija como requisito la anticoncepción.

Como norma general, siempre hay que tener en cuenta que el bienestar y el mejor interés del incapaz debe ser la principal razón de aplicarle la anticoncepción involuntaria, y no únicamente el interés del tutor o las razones de tipo social.

ANTICONCEPCIÓN HORMONAL Y TRASTORNOS MENTALES

A pesar de algunos hallazgos experimentales, resulta difícil relacionar la toma de anticonceptivos orales con la aparición de síntomas antidepresivos. Los resultados de los estudios son contradictorios, pero los más modernos, que han utilizado escalas de depresión validadas y anticonceptivos orales de nueva generación, no han encontrado diferencias significativas entre las pacientes que toman anticonceptivos orales y los grupos control. Sólo parece encontrarse una relación de este tipo en tratamientos con altas dosis de progestágenos, que se han reducido mucho en

los nuevos anticonceptivos orales. Las alteraciones del humor aparecen en pacientes con episodios depresivos previos. Por tanto, los anticonceptivos de progestágenos de larga acción deberían utilizarse con muchas precauciones en el periodo postnatal, especialmente en mujeres con antecedentes de depresión. Al contrario, la monoterapia con estrógenos ha sido propuesta como coadyuvante del tratamiento antidepresivo en pacientes con depresión posmenopáusica o posparto, situaciones que suelen asociarse a mayor resistencia a tratamientos antidepresivos convencionales.

ANTICONCEPTIVOS HORMONALES Y PSICOFÁRMACOS

– **Antiepilépticos:** La carbamacepina (CBZ) posee un importante efecto inductor enzimático sobre el sistema microsomal hepático, actuando sobre el complejo citocromo P₄₅₀III_A₄. Este complejo es el principal responsable del metabolismo del etinilestradiol, por lo que la CBZ aumenta la metabolización de los anticonceptivos orales o de los implantes de levonorgestrel, disminuyendo o incluso anulando la eficacia de los mismos. Otros antiepilépticos con efecto inductor enzimático que pueden interactuar con ACO son: felbamato, fenitoína, fenobarbital, oxcarbacepina, primidona y topiramato. Cuando se utilizan estos fármacos, se recomiendan anticonceptivos no hormonales, o preparados con altas dosis de estrógenos (mínimo de 50 mcg de estrógeno), junto a un segundo método. Por el contrario, gabapentina, lamotrigina, leviteracetam, tiagabina y valproato sódico parecen carecer de dicho efecto.

– **Antidepresivos:** los ACO inhiben enzimas microsomales hepáticas, actuando sobre el citocromo P₄₅₀IID₆, a través del cual se metabolizan la mayoría de los antidepresivos tricíclicos. Así, diversos estudios farmacocinéticos encuentran un aumento de los niveles plasmáticos de imipramina y amitriptilina cuando se administran conjuntamente con ACO. Este efecto no se detecta en estudios con clomipramina. No pare-

cen existir interacciones de importancia con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), o de serotonina y noradrenalina (venlafaxina), ni tampoco con inhibidores de la monoaminoxidasa. No obstante, se precisan más estudios con estos fármacos que lo corroboren.

– **Sales de litio:** diversos estudios avalan su seguridad en terapia combinada con ACO, ya que no se han descrito interacciones farmacocinéticas relevantes.

– **Benzodiazepinas:** el complejo enzimático a través del cual se metabolizan, el complejo citocromo P₄₅₀III_A, es inhibido por los anticonceptivos hormonales, tanto por estrógenos como por progestágenos, lo cual produce como consecuencia directa un aumento de las concentraciones séricas de BZD, con acumulación de su efecto.

– **Neurolépticos:** se ha sugerido la existencia de un efecto sinérgico entre estrógenos y dopamina, mejorando la efectividad de los antipsicóticos y con ello los síntomas positivos. Así, pacientes esquizofrénicas en tratamiento con anticonceptivos hormonales precisarían dosis medias más bajas de antipsicóticos. Sin embargo, recientes estudios no demuestran ventajas estadísticamente significativas con respecto a placebo. También se ha sugerido que esta acción sinérgica podría aumentar los efectos secundarios extrapiramidales, y aunque la mayoría de los estudios no muestran interacciones relevantes con neurolépticos clásicos, otros obtienen resultados contrapuestos, por los que se recomienda mayor observación de dichos efectos en terapia controlada. Existen muy pocos estudios de terapia simultánea con antipsicóticos atípicos, y aunque no parecen existir interacciones de importancia, son necesarias nuevas investigaciones. Por otro lado, los estrógenos estimulan la secreción de prolactina, efecto que puede potenciar el de los antipsicóticos clásicos. Por ello, se recomienda vigilar la aparición de amenorrea, galactorrea o turgencia mamaria. En general, los antipsicóticos atípicos han demostrado tener menor incidencia de hiperprolactinemia.

RECOMENDACIONES

Tabla 2
Recomendaciones anticonceptivas en salud mental

Anticonceptivos orales	Recomendados	<ul style="list-style-type: none"> - En pacientes confinadas, con tratamientos crónicos - En esquizofrenia: posible efecto sinérgico
	Desaconsejados	<ul style="list-style-type: none"> - En pacientes ambulatorias incumplidoras, transeúntes, o con abuso de tóxicos - Depresión grave - Pacientes en tratamiento con inductores enzimáticos
Anticonceptivos intramusculares o implantes subcutáneos	Ventajas	<ul style="list-style-type: none"> - No requieren cumplimiento. - Interés de utilización en casos más graves (psicosis, retraso mental, etc). - No se ha demostrado aumento de riesgo con el uso durante 1-2 años de implantes de Levonogestrel - Es preciso evaluar el riesgo de depresión en personas vulnerables (antecedentes de depresión, trastorno disfórico premenstrual).
DIU	Desaconsejado en	<ul style="list-style-type: none"> - Múltiples compañeros sexuales - Cuando consideremos que el compañero de la paciente tenga alto riesgo de ETS - En retraso mental, por la dificultad que éstas pudieran tener para notificar complicaciones asociadas, como dolor abdominal.
Métodos de barrera	Útil en	<ul style="list-style-type: none"> - Prevención de ETS - Múltiples compañeros sexuales

BIBLIOGRAFÍA

1. **Barrero R, Fernández JM.:** Factores legales y médicos en la demanda de esterilización de incapacitados por causas psíquicas. En: Delgado S et al. Op. Cit.,169-197.
2. **Cabero A, Cano A, Iglesias L.:** Anticoncepción hormonal: mecanismo de acción. Interacciones medicamentosas. En: Buil Rada C, ed. Manual de Anticoncepción Hormonal Oral. Zaragoza: Sociedad Española de Contracepción/Wyeth-Lederle, 1997.
3. **Coverdale J, Falloon I, Turbott S.:** Sexually transmitted disease and family planning counselling of psychiatric patients in New Zealand. *Aust N Z J Psychiatry*, 1997 Apr; 31(2): 285-90.
4. **Coverdale JH, Schotte D, Ruiz P, et al.:** Family planning needs of male chronic mental patients in the general hospital psychiatric clinic. *Gen Hosp Psychiatry* 1994; 16(1): 38-41.
5. **Coverdale JH, Turbott SH.:** Family planning outcomes of male chronically ill psychiatric outpatients. *Psychiatr Serv* 1997; 48(9): 1199-200.
6. **Coverdale JH, Turbott SH, Roberts H.:** Family planning needs and STD risk behaviours of female

-
- psychiatric out-patients. *Br J Psychiatry*. 1997 Jul; 171: 69-72.
7. **Chua W, de Izquierdo SA, Kulkarni J, Mortimer A, Chua WL.:** Estrogen for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005 Oct 19;(4): CD004719.
 8. **De la Gándara Martín JJ, Fernández Moya JM.:** *Psiquiatría de enlace: Ginecología*. Ed SCM. 2003; 73-74.
 9. **Eastgate G.:** Sex, consent and intellectual disability. *Aust Fam Physician*. 2005 Mar; 34(3): 163-6.
 10. **Egan TM, Siegert RJ, Fairley NA.:** Use of hormonal contraceptives in an institutional setting: reasons for use, consent and safety in women with psychiatric and intellectual disabilities. *N Z Med J*. 1993 Aug 11;106(961): 338-41.
 11. **Geurts TBP, Goorissen EM, Sitsen JMA.:** Summary of drug interactions with oral contraceptives. New York (EEUU): The Parthenon Publishing Group Inc, New York, 1993.
 12. **Koke, Stephanie C, et al.:** Safety and efficacy of fluoxetine in patients who receive oral contraceptive. *Am-J-Obstet-Gynecol*, 2002; 187(3): 551-5.
 13. **Kulkarni J, Riedel A, et al.:** Estrogen, a potential treatment for schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 2001; 48(1): 137-44.
 14. **McAuley, James W, et al.:** Treatment of epilepsy in women of reproductive age. *Clin. Pharmacokinetic*, 2002; 41(8): 559-79.
 15. **McKinnon K, Cournos F, Sugden R, et al.:** The relative contributions of psychiatric symptoms and AIDS knowledge to HIV risk behaviors among people with severe mental illness. *J Clin Psychiatry* 1996; 57(11): 506-13.
 16. **Miller LJ, Finnerty M.:** Sexuality, pregnancy, and childrearing among women with schizophrenia-spectrum disorders. *Psychiatr Serv*. 1996 May; 47(5): 502-6.
 17. **Sánchez-Caro J, Sánchez-Caro J.:** El consentimiento informado en Psiquiatría. Ed. Díaz de Santos, 2003, 245-247.
 18. **Servais L, Jacques D, Leach R, Conod L, Hoyois P, Dan B, Roussaux JP.:** Contraception of women with intellectual disability: prevalence and determinants. *J Intellect Disabil Res*. 2002 Feb; 46(Pt 2): 108-19.
 19. **Servais L, Leach R, Jacques D, Roussaux JP.:** Sterilisation of intellectually disabled women. *Eur Psychiatry*. 2004 Nov; 19(7): 428-32.