

TEORIA/PRACTICA DE LA JURISDICCION

El informe psiquiátrico penal *

Carlos CASTILLA DEL PINO

0. INTRODUCCION: DEFINICION, OBJETIVOS Y LIMITES DEL PERITAJE PSIQUIATRICO

Considero necesario hacer una definición de qué es un peritaje psiquiátrico porque en los últimos años se ha desvirtuado su función. El informe psiquiátrico, escrito y oral, ha experimentado un proceso de degradación, por una serie de razones a las cuales haré mención en el desarrollo del tema, y que naturalmente ha repercutido en el desprestigio de la psiquiatría, cuando en todo caso debiera serlo del psiquiatra que la usa sin suficiente rigor y con notoria tendenciosidad. Como ha sido siempre el sino de las simplificaciones, esta forma de plantear peritaje e informe ha tenido fortuna entre nosotros, es decir, tanto por parte del psiquiatra cuanto por el de las partes y los jueces. Definir es, precisamente, poner límites, que en este caso es, nada más ni nada menos, que discriminar entre lo que es peritaje y lo que no lo es, porque, por ejemplo, es *sentencia*.

Una definición plausible del peritaje psiquiátrico es ésta, de Bouzat: [es el] «procedimiento que tiene como fin utilizar los conocimientos del psiquiatra para tratar de aclarar una cuestión en la que la solución demanda una competencia técnica de la cual el juez está desprovisto». En consecuencia, los conocimientos del psiquiatra deben adecuarse a los requerimientos del juez, del fiscal, del defensor o de todos a la vez.

Pero el psiquiatra debe saber, ante todo, cuál es el ámbito de su competencia, y no salirse de él, aun cuando en algún caso sea requerido por cualquiera de las partes que intervienen en el juicio. Por ejemplo —y para ser concretos—, *nunca* ha de pronunciarse acerca de la responsabilidad o no del procesado en el acto por el cual se le juzga. Porque es sobre esto sobre lo que ha de sentenciarse, y el que sentencia es el juez. Como es sabido, defensor y fiscal se pronuncian sobre esta cuestión, pero una cosa es *opinar*, y ofrecer su opinión de técnicos juristas, y otra sentenciar, que es tarea que concierne únicamente al juez. *Pero el psiquiatra ni tan siquiera debe opinar sobre esta cuestión, porque al no ser*

jurista se le supone un desconocimiento de las bases sobre las cuales se construye o está construida la doctrina de la responsabilidad. Digo esto porque una y otra vez se requiere al psiquiatra por parte de defensores, fiscales o jueces para que opine sobre la responsabilidad e imputabilidad —que es tanto como culpabilidad— del procesado en el acto por el cual se le juzga, y a esta incitación hay que negarse tenazmente. Si sentenciar es ya de suyo una tarea ardua para el técnico, para el que no lo es, como es el psiquiatra, es, sencilla y llanamente, una audacia. Sobre la responsabilidad del procesado recae la sentencia, repito una vez más, y el que sentencia, se equivoque o acierte al hacerlo, es el juez.

1. EL PERITAJE COMO EXPLICACION

Una de las contribuciones del psiquiatra en el informe escrito y oral concierne a la *explicación del proceso que conduce al acto por el cual se juzga al procesado*. Como se ha dicho por parte del Tribunal de Apelación de Estados Unidos en el famoso caso Carter (1957), «para hacer una inferencia razonable sobre las relaciones entre una enfermedad y determinado acto, los jueces han de ser informados con detalle. No bastan las etiquetas que nada explican (esquizofrenia, paranoia, psicosis, etc.). La descripción y explicación del origen, el desarrollo y las manifestaciones de las enfermedades alegadas son funciones clave de los peritos como expertos. El valor del testimonio de un experto en este campo, como en cualesquiera otros, procede del modo como se fundamenta su opinión y de las razones que le llevan a establecer sus conclusiones. En la explicación de la enfermedad y de su dinámica (es decir, del modo como surge, se desarrolla y afecta los procesos mentales y emocionales del acusado) reside el valor del testimonio, y no en la expresión de unas conclusiones. *Las inferencias últimas, las razones de causa efecto, competen a los que enjuician los hechos*». (cursiva de CCP).

* Conferencia pronunciada en el Seminario sobre la Protección de los Derechos y Libertades de los Enfermos Mentales en

el Marco de la Reforma Psiquiátrica y Legislativa. Universidad Internacional Menéndez Pelayo. Sevilla, 27 de mayo de 1990.

Este punto de vista ha sido reiterado diez años después, en el 67, con motivo del caso Washington, en el que expresamente se eluden los testimonios no explicativos, tal el diagnóstico del proceso mental. Idéntica opinión sustenta entre nosotros Muñoz Conde, en cuya ponencia del 82 dice textualmente lo que sigue: «lo que en verdad interesa al mundo del Derecho no son tanto las calificaciones clínicas como su reflejo en el actuar humano».

Como haré ver, todo ello tiene una gran trascendencia a la hora de interpretar el concepto de *enajenado* y el de *trastorno mental transitorio*, que caracteriza tradicionalmente nuestra jurisprudencia en el famoso número 1 del artículo 8 del Código Penal español, y al que he de referirme posteriormente.

2. LA CONTINENCIA DEL PERITO PSIQUIATRA

Insisto sobre que la competencia para el enjuiciamiento se presupone en el juez o los jueces. Parece una cuestión obvia, toda vez que el juez es el que sentencia, pero, como antes he dicho, se insta al perito para que precise acerca de cuestiones análogas como imputabilidad, responsabilidad o culpabilidad, cuando menos en el juicio oral, si es que antes no lo ha hecho él de por sí, con notoria impertinencia, en el informe escrito previo a la causa.

Hay muchas razones por las cuales el perito ha de negarse a esta respuesta, pero entresaco estas dos: 1) en cualquier caso, la opinión del psiquiatra es una opinión ingenua, no jurídicotécnica. Por muchos que sean sus conocimientos y su experiencia ante los tribunales, en nuestra sociedad se confiere el rol de juez, y, en términos generales, de jurista a determinados profesionales. Estas cuestiones no son, ni han sido nunca, del universo de discurso psiquiátrico o psicopatológico; 2) la misión del psiquiatra perito es suministrar datos técnicos de que el juez o el tribunal carece. (Me pregunto por qué se le pide al psiquiatra lo que no se le pide al traumatólogo cuando este último actúa de perito ante los tribunales).

La capacidad del perito para la *sindéresis*, debe revelarse precisamente en su *continencia al campo estricto de lo psicopatológico*, en donde sí debe mostrar, con claridad y precisión, el rango patológico del acto por el cual se le juzga al procesado, el nexo entre posibles motivaciones anómalas —en el amplio sentido del término— y dicho acto.

Respuestas a preguntas tales como si tiene parcial o totalmente abolidas sus facultades volitivas deben eludirse, porque son preguntas mal planteadas, han sido ya fuertemente criticadas y se inspiran en una construcción psicológica absurda. ¿Qué se quiere decir con eso de las facultades volitivas supuestamente abolidas? Si se ha de ser estricto, esto significa que no se está en condiciones de querer. Pero querer se quiere siempre: un oligofrénico, por profundo que sea, quiere, y hace, si puede, lo que quiere; quiere un sujeto en un estado de obnubilación de conciencia, como el que se padece durante un estado crepuscular epiléptico; quiere un esquizofrénico cuando lleva a cabo un acto como respuesta

a una alucinación o un delirio. Sólo no se quiere cuando se está en coma. Pero alguien en coma es ya mero organismo desde el punto de vista psicopatológico, y no se comporta, es decir, no actúa (aunque una persona en coma sea considerada *persona desde el punto de vista jurídico*, y sus actuaciones sobre ella estén sujetas a leyes y normas que rigen para el comportamiento con personas cualesquiera sean sus condiciones, desde el punto de vista psicopatológico no es persona porque no tiene ya posibilidades de conducta).

El problema, pues, tiene que plantearse, para el perito, de la forma siguiente: ¿por qué juzga el juez al procesado que tiene ante sí?

El juez juzga a una persona por un acto, realizado por ésta, que considera presuntamente delictivo. Un acto es siempre un acto de conducta. Se juzga, pues, por los actos de conducta supuestamente delictivos.

3. LA DEGRADACION ACTUAL DEL PERITAJE PSIQUIATRICO PENAL

La degradación que en las últimas décadas ha experimentado el peritaje psiquiátrico entre nosotros procede del planteamiento siguiente de que se parte: se ha situado en primer plano el diagnóstico psiquiátrico del sujeto del acto supuestamente delictivo, el padecimiento de una entidad, o supuesta entidad, morbosa psiquiátrica (las entidades morbosas que se incluyen en la nosología psiquiátrica son siempre provisionales, como se ha hecho ver desde que existen las modernas clasificaciones psiquiátricas, es decir, desde la de Kraepelin hace más de cien años, porque son construcciones mentales útiles para el entendimiento mutuo: por eso están en constante revisión). Dado tal planteamiento, el raciocinio que se implica es el siguiente: si el sujeto A padece una esquizofrenia y puede ser calificado de esquizofrénico (es un ejemplo), el acto por el que se le juzga *ha de ser* esquizofrénico, y síntoma, pues, de la esquizofrenia que se le diagnostica. De aquí que el psiquiatra perito se esfuerce, ante todo, en establecer un diagnóstico —o en considerar que no hay razones para tal— del procesado. Los informes psiquiátricos penales han sido enfocados en este sentido, con grave simplificación y desprestigio ante los juristas. Porque de que alguien presente síntomas de esquizofrenia no se sigue *necesariamente* que todas sus actuaciones sean esquizofrénicas. Y con más razón puede esto aducirse cuando el paciente presenta síntomas que permiten su catalogación como paranoico (de celos, de persecución, etcétera). Conocemos psicóticos que desempeñan su profesión con la mayor competencia. Como es sabido, por otra parte, sólo en los casos finales de algunas psicosis, como la esquizofrenia de muy largos años de duración, se puede hablar de que la psicosis caracteriza al conjunto de las actuaciones del sujeto. La más de las veces es todo lo contrario: la parte psicótica del sujeto es la menos afectada.

Un abuso extremo de esta hipervaloración del diagnóstico se lleva a cabo cuando, no habiendo lugar para un diagnóstico clínico —es decir, la detec-

ción de síntoma de una psicosis—, se recurre al diagnóstico de la personalidad. Aquí la ambigüedad es tal que conviene decir que el uso del sustantivo «diagnóstico» es completamente inapropiado para la definición de una «personalidad» (el sintagma *diagnóstico de personalidad* tiene otro sentido: se usa cuando, a través de pruebas proyectivas, se barajan distintos parámetros de la personalidad; y aun así, y con toda la laxitud de que se es consciente que adolece, cada vez se emplea menos). Pretender que se hace un diagnóstico cuando se habla de «personalidad esquizoide», pongamos por caso, para traerlo a colación a propósito de determinada actuación, es una falacia. Ningún psiquiatra serio daría validez a calificaciones de este tipo, como no se le dan a las de «temperamento sanguíneo», «flemático» y afines, que la precedieron en el tiempo, y que son tan absolutamente acientíficas como las de esquizoide, cicloide, epileptoide, etcétera.

3.1. Los criterios de Kurt Schneider

Las razones por las que esta degradación ha tenido lugar —compárense informes actuales con algunos informes anteriores a nuestra guerra civil, como el que, entre nosotros, José María Sacristán y Prados Such llevaron a cabo en el caso Aurora Rodríguez, madre de la famosa Hildegart, a la que asesinó— derivan de que en las últimas décadas la psicopatología alemana, de tanta influencia entre nosotros, ha estado dominada por el reduccionismo de la obra psicopatológica de Kurt Schneider, que supuso en su momento claridad, pero a costa de una enorme simplificación, que padecemos y padeceremos muchos años. El introductor en España del pensamiento de Schneider fue Juan J. López Ibor (s.), y en concreto, en el ámbito jurídico, en su discurso de ingreso a la Real Academia de Medicina. A este punto de vista se adhiere Román Alberca en sus comentarios al Código Penal de Ferrer Sama. Se trata de correlacionar diagnóstico clínico con exenciones de responsabilidad, lo que les conduce a un evidente error epistemológico por diferentes vías, a las cuales hay que hacer referencia porque importan aún hoy.

En primer lugar, a la *errónea ecuación: enajenado igual a psicótico*. Es claro que el concepto de enajenado, aunque inicialmente proceda de la psiquiatría, es ya un concepto jurídico y no psiquiátrico. Se puede estar jurídicamente enajenado sin padecer psicosis alguna, por ejemplo, en una situación pasional; por otra parte, un demente senil es también un enajenado jurídico, y no necesariamente ha de presentar síntomas psicóticos (los trastornos de la inteligencia y de la memoria no son síntomas psicóticos). En suma, *el concepto de psicosis pertenece a la psiquiatría; el de enajenación, al ámbito jurídico*.

En segundo lugar, se sostiene que los criterios que deben presidir la redacción del informe pericial son estos tres: 1) la determinación de si en el procesado existe o no enfermedad psíquica; 2) si la hay, qué diagnóstico le pertenece; 3) determinar entonces si en la situación del hecho punible existía o no la capacidad para conocer la ilicitud o ilegalidad del acto por el que ahora se le juzga.

Como se ve, el punto 2) concede especial relevancia al diagnóstico, cuando, como he dicho, éste es, o puede ser, muy laxo, dependiendo de la situación histórica de la investigación, y, por eso mismo, de la escuela a que se adscribe el perito. Incluso el DSM-III-R (el catálogo de diagnósticos de uso en la psiquiatría mundial contemporánea) no resuelve definitivamente la cuestión, sino que proclama un *consenso en la provisionalidad* (de ahí la diferencia entre el DSM-III y el DSM-III Revisado). Por lo que concierne al punto 3), sabemos de la muy difícil, cuando no imposible, verificación y cómo se presta a las especulaciones más tendenciosas: sólo los casos de oligofrenia relativamente profunda, por su estabilidad en el tiempo, permiten conjeturas de suficiente plausibilidad; en los procesos de demenciación, en la medida en que son progresivos, y en la medida en que transcurre un lapso de tiempo, a veces cuantioso, entre el momento del cometimiento del acto y el del examen, resulta arriesgado concluir cuál era de hecho la situación que se trata de reconstruir.

Es cierto, sin embargo, que algunos, por lo demás muy escasos, actos supuestamente delictivos se cometen sin que el autor de los mismos sea sabedor de su ilicitud o ilegalidad. Tales son, por ejemplo, los que se llevan a cabo durante el descenso del nivel de conciencia o vigilancia que implica una psicosis episódica epiléptica, o en algunas psicosis tóxicas que también provocan alteraciones de este nivel de vigilancia, como son algunas psicosis alcohólicas agudas o por ácido lisérgico, etc. Pero, precisamente en estos casos, por lo demás, repito, excepcionales, nos importa, más que la existencia de la enfermedad en sí, el hecho de que, cualquiera que sea la enfermedad que subyace, el acto se ha realizado en *determinadas condiciones psicopatológicas*. Conviene tener en cuenta que la mayoría de los actos supuestamente delictivos en los que interviene el psiquiatra se hacen en estados de conciencia despejada y el sujeto en cuestión sabe lo que hace y sabe por qué lo hace.

3.2. Criterios clínicos y criterios psicopatológicos

Sin embargo, como es el sino de todos los planteamientos simplistas, éste de que tratamos ha gozado de amplia penetración entre la mayoría de los psiquiatras, desde luego en los forenses, y también en muchos penalistas, cuando menos en el plano de la práctica jurídica. Vieron resuelto el problema definitivamente, cuando, en realidad, abre más problemas que los que pretende resolver. Que ello representa un abuso notorio en el plano jurídico lo revela que nuestro Tribunal Supremo aseveró que «en todo caso, la apreciación y diagnóstico de una categoría clínica determinada (psicosis, oligofrenia, epilepsia) no obliga a la estimación de la referida eximente», sino que se precisa algo más —comenta Muñoz Conde— que «sólo indirectamente tiene que ver con el diagnóstico psiquiátrico (...) y ese algo más es un efecto psicológico determinado, la intensidad de dicho efecto, lo que es realmente decisivo en orden a estimar o no la referida eximente». El mismo R. Al-

berca, al que antes aludí, se ve obligado a reconocer que «queda, pues, firme que no basta comprobar la existencia de una enfermedad mental (...) para proponer la exculpación». Punto de vista al cual hubo de adherirse también el citado López Ibor.

Comparemos estos criterios de Schneider con las denominadas normas Dunham, establecidas por el juez Bazelon, del distrito de Columbia (1954): «un acusado no es criminalmente responsable si su acto delictivo es producto de una enfermedad o defecto mental». Interesa destacar lo siguiente: no se trata de que padezca la enfermedad mental; hace falta que el acto delictivo sea resultado de ella. Precisamente las referencias que hice antes a la Corte de Apelación en el caso Carter aludían al intento de matizar en estas normas Durhan, tan sencillas, pero tan exigentes para los psiquiatras. No, al diagnóstico clínico; sí, al diagnóstico psicopatológico. De aquí que yo aconseje seriamente a los jueces que, ante cualquier psiquiatra que en su peritaje aborde catalogaciones diagnósticas de entidades nosológicas psiquiátricas y, aún más, cada vez que se interne en el equivoco universo de las etiquetas de personalidad, se limiten a exigir respuesta a esta pregunta: ¿es el acto por el cual se le procesa consecuencia de, es decir, síntoma de la enfermedad mental que se le diagnostica por parte del perito?

Añado ahora que estos criterios últimos han sido adoptados ya en la República Federal de Alemania hace más de una década.

4. EL ANALISIS DE LA CONDUCTA

Porque la cuestión es ésta: se juzga una conducta. Pero una conducta es un acto mental seguido de una acción externa que se ejerce sobre un objeto externo (persona o cosa). Se trata de dirimir si la acción externa es concordante y coherente con el acto mental que lo precede: por ejemplo, un homicidio con un delirio o una alucinación. Entonces, la cuestión no estriba en que el sujeto haya sabido o no dirimir entre lo que es bueno o lo que es malo —como se decía en los criterios de Schneider, y también en Estados Unidos, cuando regían las normas McNagten—, sino si la conducta por la que se le juzga —homicidio, conducta exhibicionista, sustracción, etcétera— está motivada por otras conductas mentalmente anómalas (alucinación, delirio, crisis emocionales intensas, obnubilación de conciencia subsiguiente a estados crepusculares epilépticos, a procesos cerebrales tóxicos, etc.). Esto es lo que jurídicamente se denomina *acto enajenado*.

Un acto enajenado no tiene por qué perturbar las supuestas facultades volitivas e intelectuales como insistentemente se exige; entra dentro de la lógica —errónea, pero lógica al fin— con que funciona el sujeto de la conducta enajenada. «Lógica» quiere decir aquí *consistencia del sistema que rige para un campo de conductas*. Esto es, coherencia de todos los actos de conducta que pertenecen a dicho campo. Una sentencia del Tribunal Supremo (1981) habla específicamente de que «la medición de la responsabilidad penal (...) ha de buscarse por los efectos de la enfermedad en sí y teniendo en cuenta la dinámica delictiva y sus circunstancias» (cursiva de

CCP). Punto de vista que moderniza la actuación del Tribunal Supremo a este respecto. En el caso Bustos, en el que intervine, y en el que el hijo clava una estaca en el corazón del padre, a quien considera Satán, hay una lógica para el parricidio: mi padre es Satán; ha de traer y provocar necesariamente el mal; acabar, pues, con Satán entraña acabar con el mal y, en consecuencia, hacer bien. No se trata, pues, de que las facultades intelectuales y/o volitivas estén abolidas. El procesado sabía lo que quería, hizo lo que quería y se dispuso a hacerlo con la suficiente inteligencia. Otro tanto puede decirse de los muchos en los que he intervenido, como es el caso del homicidio de una pareja en las afueras de Córdoba por un esquizofrénico, que con anterioridad había agredido en un tiro al plato a un concursante porque al efectuar dos disparos, en lugar de uno, ello entrañaba que había de matarlo por orden divina.

Si hemos de resumir este punto de vista en una fórmula, diría lo siguiente: la enfermedad mental es condición necesaria, pero no suficiente, para establecer una relación causal con el acto delictivo por el que se juzga al procesado. Para que, además de necesaria fuera suficiente, es decir, para que sea «equivalente» desde el punto de vista lógico, es preciso que, además, el acto delictivo sea un síntoma de la enfermedad (o consecuencia del síntoma, que para el caso es lo mismo).

5. EL PAPEL DE LOS MEDIOS AUXILIARES DE DIAGNOSTICO

Por eso de que se han de analizar conductas, *los criterios que han de predominar son los psicopatológicos y no los clínicos*. De aquí que los medios auxiliares del diagnóstico, que son medios para una tarea de dilucidación meramente clínica, tan importantes en su campo de aplicación, sean irrelevantes en el peritaje psiquiátrico. La aportación al informe de un trazado electroencefalográfico del procesado en donde aparezcan anomalías que le califiquen inequívocamente de epiléptico no añade nada al enjuiciamiento de su conducta, porque es claro que el mismo sujeto ha llevado a cabo actos delictivos o no delictivos hasta entonces y *era* por entonces indiscutiblemente tan epiléptico como después. El Tribunal Supremo desestimó esta eximente en un caso análogo. El asesino de Oswald, Jack Ruby, para citar otro caso, estaba diagnosticado de epilepsia psicomotora, lo que no afectó en modo alguno a su sentencia. Pensemos en la ya prácticamente desaparecida entidad denominada parálisis general progresiva, que dio lugar a constantes motivos de peritación psiquiátrica, sobre todo por conductas escandalosas a las que tan proclives eran estos enfermos con procesos demenciales consecutivos a una afectación de los lóbulos prefrontales. Esta enfermedad era de causa sífilítica. Ahora bien, ¿la demostración de que el sujeto era sífilítico, mediante las pruebas serológicas en sangre y/o en líquido cefalorraquídeo, podía por sí mismo ser una eximente o una atenuante? Evidentemente, no. Se precisaba que se detectarían síntomas de demenciación y de que sus actos

de conducta fueran de esta naturaleza, es decir, carentes de la percepción del sentido de realidad que supone la sujeción a las normas. Por otra parte, ¿cómo se juzgaron a estos dementes sino en tanto que tales cuando aún (hasta 1900 aproximadamente) no se poseían pruebas objetivas de la sífilis? Por su psicopatología, esto es, por el síndrome demencial, puesto que tales pruebas (el Wassermann, por ejemplo) no podían aducirse todavía. Dicho de otra manera: exactamente por los mismos criterios que después de que las pruebas objetivas de laboratorio hubiesen sido ideadas. La cuestión es obvia: se puede detectar una sífilis sin que se acompañe de alteraciones mentales y de la conducta. Luego lo que importaba entonces, e importaría ahora, es que se demostrasen que los actos por los que se le juzgan son *actos enajenados* que permitieran al juez dictaminar la exención o la atenuación de su responsabilidad. La sífilis, pues, es condición necesaria para la aparición de la demenciante parálisis general progresiva, más no suficiente.

Esta reflexión interesa en un momento en que la investigación acerca de la naturaleza somática de la psicosis, especialmente de la esquizofrenia, está bastante avanzada. Conviene advertir ya, de antemano, que el descubrimiento de las alteraciones somáticas que habrán de caracterizar a un esquizofrénico en un procesado no supondrá por sí mismo que sea psicótico (de la misma manera que se puede ser sífilítico sin que se acompañe de alteraciones mentales consecutivas a la sífilis). Las alteraciones somáticas son, o han de ser, la condición necesaria pero no suficiente para que la psicosis exista, y en cualquier caso la psicosis se ha de reconocer por las alteraciones o síntomas psicopatológicos.

6. ENAJENACION (EN TERMINOS JURIDICOS) Y PSICOSIS (EN TERMINOS PSIQUIATRICOS)

Si el etiquetado clínico no tiene valor, o lo tiene en sí mismo escaso, es pertinente, entonces, que, sin usar de él, se hable en nuestro código vigente, junto al concepto de enajenación, de trastorno mental transitorio. ¿Por qué es esto así?

El Tribunal Supremo ha reconocido, a mi modo de ver justamente, que no se puede identificar el diagnóstico clínico de enfermedad mental, que es un concepto medicopsiquiátrico, con el concepto jurídico de enajenación. Dicho con otras palabras: *el concepto jurídico de enajenación abarca un campo semántico más amplio que el concepto psiquiátrico de psicosis (o de psicótico)*, aunque en algunos puntos se solapen. Veamos esto con cierto detalle:

- 1.º Un acto pasional, hasta un punto tal que lleve al sujeto al cometimiento de un acto que fuera de ese momento sería incapaz de realizar, es un acto jurídicamente enajenado, aunque en la más amplia técnica psicopatológica no sería considerado nunca un acto psicótico. Es, en suma, *un acto enajenado de un sujeto no psicótico*.
- 2.º Un sujeto que padece una psicosis, porque tiene síntomas característicos, como alucina-

ciones o delirios, no necesariamente hace de todos sus actos de conducta actos de conducta psicóticos. Lo vemos claramente en psicóticos crónicos, como los delirantes de celos o de persecución, que fuera de la sintomatología circunscrita de carácter psicótico pueden comportarse racionalmente. Por tanto, no será suficiente la consideración de que un sujeto padece una psicosis de la índole que sea, sino, si padeciéndola, su acto, aquel por el que se le juzga, es un acto psicótico.

Estas dos consideraciones nos llevan a concluir que *no todos los actos enajenados son psicóticos, aunque sí son enajenados los actos psicóticos*. Pero delimitando bien la diferencia entre *acto psicótico* y *acto de (sujeto) psicótico*. El acto psicótico es aquel que posee el rango de un síntoma de una psicosis, y la psicosis, como enfermedad, se la reconoce a través de él, como la infección se la detecta a través de la fiebre. Pero un acto de psicótico puede ser y puede no ser un acto psicótico, porque psicótico aquí se refiere al sujeto que padece una psicosis, y debería entonces precisarse de esta forma: *acto de sujeto psicótico*. Ahora bien: un sujeto psicótico lleva a cabo conductas psicóticas, más también conductas que no lo son.

El punto primero da pie ciertamente a toda suerte de especulaciones y pone a prueba muchas veces la posibilidad de juzgar con visos mínimos de solidez. Pero aun así, la conceptualización y teorización acerca del *trastorno mental transitorio* sitúa al jurista en el plano de las actuaciones humanas límites y, en consecuencia, por su enraizamiento en la pragmática de la conducta de un sujeto en una situación concreta, da al Derecho su categoría realista.

7. LO ANORMAL DE UNA CONDUCTA Y LA TEORIA DE LA MOTIVACION

Lo que interesa al juez, y al perito que debe auxiliarle, es la consideración, pues, de lo anormal de una conducta. Es una tarea difícil, porque no hay aún, ni por asomo, una teoría de la normalidad sobre la cual ha de sustentarse el o los criterios de la conducta anormal. En los momentos que siguen trataré de hacer una aproximación a una teoría, cuando menos, de la anormalidad. Hago de antemano la advertencia de que la mayor parte de las veces el criterio de anormalidad de una conducta debe basarse en los rasgos observables de la misma. Por tanto, los criterios de norma de estas conductas no se sustentan sobre criterios estadísticos, de frecuencia, de hábitos sociales, etcétera. Si así fuera, ello conduciría, y de hecho ha conducido, a graves desviaciones jurídicas (por ejemplo, a que en épocas aún no muy lejanas en el tiempo, se consideraran anómalas e incluso delictivas conductas como la fellatio, la homosexual, etc.).

¿Qué criterios han de seguirse para la consideración de una conducta como anómala?

No, desde luego, lo extravagante de la misma. Ha habido sujetos que han hecho tal cantidad de actos extravagantes a lo largo de su vida que, por decirlo de otro modo, han hecho de su vida una vida extra-

vagante. Pensemos en Salvador Dalí. Pero a nadie se le ocurriría considerar a Dalí psicótico.

Tampoco lo inusual de una conducta. Se cometen muchos homicidios. No obstante, el homicidio no es un acto usual ni la mayoría de los homicidas son psicóticos. A la inversa, conductas usuales, como el rechazar una bebida, o una comida, o el fumarse un cigarrillo pueden ser conductas anómalas, cuando, por ejemplo, en las primeras se vislumbra la posibilidad de que las fuerzas del mal traten de drogarlo para así proceder a su aniquilación, o en la segunda se hace tras la recepción de una orden divina emitida directamente al pensamiento del fumador.

Lo que decide la anormalidad de una conducta es su motivación. El homicidio en el caso Bustos es anormal por su motivación, y es en eso en lo que se diferencia de los numerosos homicidios de normales. Suscribir esta tesis de la motivación tiene el riesgo de su laxitud, pero es la única con la que se ha de contar. De aquí que actos tan usuales como el de apagar o encender un cigarrillo, como he dicho, pueda ser psicótico, como lo era en un caso de un homicida esquizofrénico que se juzgó en la Audiencia de Córdoba. Pues la decisión de fumar o de no fumar, como la de agredir intentando causar la muerte, o la doble muerte que finalmente produjo, le eran dictadas por la Providencia.

El juez siente escalofríos cuando se le advierte que lo que hay que indagar —tanto por parte del juez, ciertamente, cuanto por parte del psiquiatra— es la motivación del acto presuntamente delictivo. Tratar de la motivación, en último término, es juzgar intenciones. El juez se mueve cómodamente cuando juzga a partir de hechos observables, pero aún en tales casos se introducen, por la puerta falsa, los juicios de intención. Alguien mató; pero ¿lo hizo con o sin intención de provocar la muerte?; ¿fue incluso en legítima defensa? Pensemos que a diario los jueces han de habérselas con delitos de tráfico, en los que la consideración de culposos, dolosos o inintencionales es decisiva. Y, ¿cómo le es posible hacer esta inferencia inverificable? A expensas de la consideración de los denominados antecedentes del procesado, de la descripción del contexto situacional en el que se cometió el presunto delito. Circunstancias todas de notoria ambigüedad a la hora de la reconstrucción del acto por el cual se juzga. Pero no hay otras, y a ellas hay que aludir en calidad de *indicios* (desde el punto de vista semiológico, esto es, *trazos* de que la inferencia es o no es plausible).

De modo que el juez, en última instancia, procede con arreglo a una teoría de la motivación, que muchas veces es ingenua, muchas veces hasta muestra, no suficientemente respaldada por teorías psicológicas y psicopatológicas, pero la mayor parte de las veces no exenta de sentido común.

Por consiguiente, aun careciendo todavía de una teoría de la normalidad (lo cual es un escándalo que debe anotarse a la cuenta de psicólogos y psiquiatras), el juicio del magistrado ha de sustentarse sobre una teoría de la motivación. Y en este espacio somos los psiquiatras los que, alejados del etiquetado diagnóstico, podemos ayudar a la intelección de los motivos de la conducta que se juzga. En el caso Adarve —homicida de su esposa— (cito nom-

bres porque han sido casos públicos) traté de hacer ver al tribunal la cadena de motivaciones que condujo al parricidio en una situación tan constrictiva que limitaba notablemente cualquier otra posibilidad de decisión en el último momento. En la medida en que no pude persuadir al tribunal a que hiciera suyos estos juicios de intención, que mantuve después de un estudio muy detenido del caso, se le sentenció a una pena que consideré desmesurada. Pude haber hecho el diagnóstico de una psicosis de celos, difícilmente rebatible pese a no serlo, pero quise atenerme a la aplicación de una teoría de la motivación psicológica, porque me mantenía así en lo que consideraba moral y técnicamente correcto.

8. EL TRASTORNO MENTAL TRANSITORIO

La teoría de la motivación es fundamental a la hora de la conceptualización del llamado *trastorno mental transitorio*.

Por éste no debe entenderse *solamente* el trastorno mental episódico, curable con restitución íntegra, sino que, según la sentencia del 34-35, es de esta índole cuando por causa inmediata, necesaria y fácilmente evidenciable, aparece más o menos bruscamente, y con una duración en general no muy amplia y concluyendo por curación sin secuela, un trastorno que es producido por el choque psíquico de un agente exterior —agente exterior quiere decir tanto un agente físico cuanto psicológico.

Todos los tratadistas están concordes en sugerir que estas situaciones de trastorno mental transitorio son todas aquellas que, no habiéndose buscado de antemano, motivan en el sujeto una acción que, por su carácter cortocircuitado, denominamos *reacción*. Una reacción, por tanto, consecutiva a una situación —sin ella no se daría— en la que el control de los impulsos es, para el sujeto que la vive, prácticamente imposible. *De aquí que haya que poner en consideración la situación, el sujeto y su conducta*. No es necesario, pues, que exista «un fondo morboso», como alguna vez se exigió, término ambiguo que no quiere decir nada, y que la situación reactivaría descompensando al sujeto, sino que ya, en la sentencia del 34, se habla específicamente que es «una reacción de situación que produce en el individuo la alteración de su mente en términos tales que le hacen irresponsable de los actos en aquel momento cometidos por él mismo». Y abundando en esto, una sentencia del 81 admite que puede faltar el fondo patológico y «producirse el trastorno como consecuencia de estados pasionales y emocionales de alto grado y gran intensidad», y continúa hablando de la «exasperación de una emoción o de una pasión que... le priva (al sujeto) enteramente de sus facultades de raciocinio o de volición». Tales casos son situaciones límite en las que el sujeto puede encontrarse, y así deben ser analizadas en profundidad. Pero también lo son para el que ha de efectuar el peritaje y, desde luego, para el juez. Porque aquí se trata, *más que de constataciones de hechos, de interpretaciones de los mismos y, a renglón seguido, de juicios de valor (más o menos subrepticamente introducidos)*, que se interfieren en el pe-

rito y en el juez, ninguno de los cuales está libre de contaminaciones ideológicas e incluso de transferencias afectivas positivas o negativas respecto del procesado.

En una ciencia bien constituida, como lo son las ciencias positivas, los dos niveles objetales, el del lenguaje del primer nivel o lenguaje-objeto y el de segundo nivel o nivel teórico, que subsume las interpretaciones de los datos, se hallan claramente diferenciados. Pero esto no es tan fácil en las ciencias sociales o en las llamadas ciencias humanas. Si se logra en el plano de las exposiciones teóricas en alguna ocasión, es difícilmente obtenible en el de la actuación, en el de la praxis. Mientras en una ciencia factual la interpretación tiende a ofrecer una explicación del tipo causa-efecto, en las ciencias psicosociales la interpretación ha de adoptar, obligada-

mente, el tipo de la explicación motivo-efecto (en nuestro caso, presuntamente delictivo).

Dictámenes de este tipo ponen a prueba los conocimientos del perito, su capacidad de raciocinio, y también su sensatez. Y en el juez su capacidad de comprensión de un sujeto en un contexto determinado, desprendiéndose de prejuicios personales, de los inherentes a su pertenencia a un grupo y clases sociales determinados, a su subcultura, a su ideología política y/o religiosa. Porque si el psiquiatra como perito ha de esforzarse en casos de esta índole en mostrar la plausibilidad de su razonamiento, es el juez, luego, quien tiene la exigencia de formular su sentencia en un universo de discurso en el que penetren ante todo los hechos, pero también, de inmediato, las interpretaciones del perito y sus propias interpretaciones.