

TEXTO DE ESTUDIANTES DE DERECHO

SECCIÓN DE PSIQUIATRÍA FORENSE

Dr. ERNESTO PÉREZ GONZÁLEZ

Doctor en Ciencias Médicas, Master en Criminología, Médico Especialista de Segundo Grado en Psiquiatría, Jefe del Departamento de Peritación Mental del Instituto de Medicina Legal de la Habana, Profesor Titular Adjunto del IS “Capitán San Luís”, Profesor Adjunto de la Facultad de Derecho de la Universidad de la Habana, Miembro del Grupo Nacional de Medicina Legal del Ministerio de Salud Pública de Cuba Miembro de la International Society for Prevention of Abuse and Neglected Child; y de las Sociedades Cubanas de Psiquiatría y Medicina Legal.

LA PSIQUIATRÍA FORENSE Y EL DERECHO:

Desarrollaremos el estudio de la Psiquiatría Forense precisamente a partir del análisis de la relación entre la Psiquiatría y temáticas a ella vinculables en el campo del Derecho. La relación entre ambos campos del conocimiento puede considerarse mucho más amplia que la del enfoque que nos ocupa, el netamente pericial, pues la misma se extiende hasta aspectos de la legislación de la práctica médica, en temas tan importantes como la del ingreso psiquiátrico y otros que regulan esa actividad.

Precisamente debe notarse que nos circunscribimos al aspecto **forense, que es decir a aquel que forma parte de la actividad médica de auxilio a la administración de justicia en aspectos relativos al estado mental de una persona concreta que es objeto de análisis en un proceso judicial en particular**. Precisamente, para el Profesor Lancis¹, la Psiquiatría Forense es *“la rama de la Medicina Legal que estudia las cuestiones legales que surgen como consecuencia de los diversos estados de anormalidad psíquica”*.

Definir a la Psiquiatría Forense como parte específica de la Medicina Legal, parte del principio universal de que esta *“es la aplicación del conocimiento médico y sus ciencias auxiliares a la investigación y desenvolvimiento de la justicia social”*¹ y de lo que si no cabe ninguna duda es de que la Psiquiatría forma parte del “conocimiento médico”. Por otro lado cuando se señala como carácter inherente a la Medicina Legal el ser *“proteica y polimorfa en su constitución”*¹, se trata precisamente de conceptualizar el hecho de que en ella se integran diversidad de ramas del conocimiento con objetivos distintos a los propios de las mismas, pero a la vez dándole su segunda característica de ser *“heterogénea en sus propósitos concretos”*. Resulta así que considerar a la Psiquiatría como parte de este amplio campo parece lo más acertado.

También es importante hacer notar que el proceso judicial que requiere de la pericia psiquiátrica puede ser de tipo penal, pero también civil, y hasta puede ser importante la aclaración de aspectos de tipo laboral.

A continuación presentaremos las peculiaridades de la relación entre la Psiquiatría y cada uno de esos tres campos. Nuestros principales objetivos son que el estudiante encuentre y alcance dominio sobre los aspectos más generales de la Psiquiatría. Por contener el punto dedicado al aspecto penal las generalidades de la actividad pericial y de la clínica psiquiátrica, útiles para cualquiera de los otros, el mismo alcanzará una mayor extensión. En modo alguno ello debe interpretarse como expresión de mayor o menor complejidad de la actividad pericial con relación a los campos civil y penal.

A- PSIQUIATRÍA FORENSE Y DERECHO PENAL

Inicialmente intentaremos analizar esa relación, con mayor énfasis en su aspecto teórico, tratando de superar el estrecho debate de tipo terminológico al que a veces se le trata de circunscribir, como si la relación entre ambos campos del conocimiento se limitara apenas a contradicciones y nexos semánticos.

El estudiante deberá distinguir del contenido cuando estamos comunicando un conocimiento establecido, haciendo una interpretación, formulando una crítica o planteando y argumentando una propuesta. En particular porque las críticas y propuestas no serían justificación por sí solos para cambios en las definiciones y procedimientos legalmente

¹ 114-9

establecidos, los que deben ser estrictamente observados y cumplidos mientras se mantengan vigentes.

1- ASPECTOS TERMINOLÓGICOS Y CONCEPTUALES REFERENTES A VARIACIONES EN LA RESPONSABILIDAD PENAL POR ENFERMEDAD MENTAL:

Los conflictos semánticos han sido el punto de mayor intercambio entre penalistas y psiquiatras. El médico históricamente le imputa a los juristas ignorancia y estos, como planteaba Dorado Montero con humorística exageración, “ *no pueden pasarse sin los peritos médicos y sin embargo podemos decir que por regla ordinaria no los pueden ver*”. El médico, psiquiatra o legista, que asume la tarea de la peritación mental no está exento de tal ambigüedad.

Para abordar el asunto con objetividad podemos plantear dos presupuestos para el análisis:

1- El médico en funciones de perito está obligado a hacer que sus conocimientos profesionales sean eficientemente asequibles a quien va a administrar justicia, para colaborar así en el mejor desempeño del mismo. Ello solo lo logra si es capaz de “*peritar y comunicar*”. Es función de cada perito dominar hasta el detalle con su ciencia al problema concreto de interés judicial sobre el que se le consulta, pero **más importante es que después sea capaz de ponerlo al alcance del jurista.**

2- El Derecho Penal no tiene que utilizar, ni puede utilizar, los mismos términos técnicos y categorías que la Psiquiatría, sino otros en función de sus necesidades y que sean viables para el común entendimiento: “*la ley solo requiere de un diagnóstico genérico*”.

Pero debe significarse que la terminología y categorización penales no siempre son uniformes, no ya entre distintos estados, sino dentro de la propia legislación penal de uno de ellos. Por esto queremos extendernos en su análisis, pero más con argumentos propiamente jurídicos que psiquiátricos:

Es importante que al organizar su conocimiento y estudio de un fenómeno, cualquier ciencia lo haga con uniformidad y sistematicidad. Eso es también válido para el Derecho Penal, aún cuando acertadamente este trate de crear una categorización de las enfermedades mentales que responda a sus necesidades, en algún punto, en lo más general al menos, los enunciados penales deben sustentarse en los conocimientos de la Psiquiatría, que es la rama de las Ciencias Médicas que tiene por objeto de estudio a la enfermedad mental, si bien ni necesitan ni están obligados a incorporar integralmente todos sus esquemas, establecidos para fines más específicos que los que interesan al Derecho.

Eximentes y factores subjetivos del delito:

En este punto es conveniente particularizar en el análisis del origen de las formulaciones sustantivas penales relativas a las eximentes de responsabilidad penal y su vínculo con los llamados factores subjetivos del delito, para ubicar desde ese contexto a la inimputabilidad que es la zona mas conocida de intercambio entre Psiquiatría y Derecho Penal, lo que hace recomendable tomarlo como punto de partida y referencia para exponer otras menos conocidas.

El delito tiene necesariamente un componente o fase subjetiva, representativa del proceso psicológico que con relación al mismo tiene lugar en su propio ejecutor, aún antes de pasar a la acción. Este componente intra psíquico es fundamental para considerar que en un sujeto

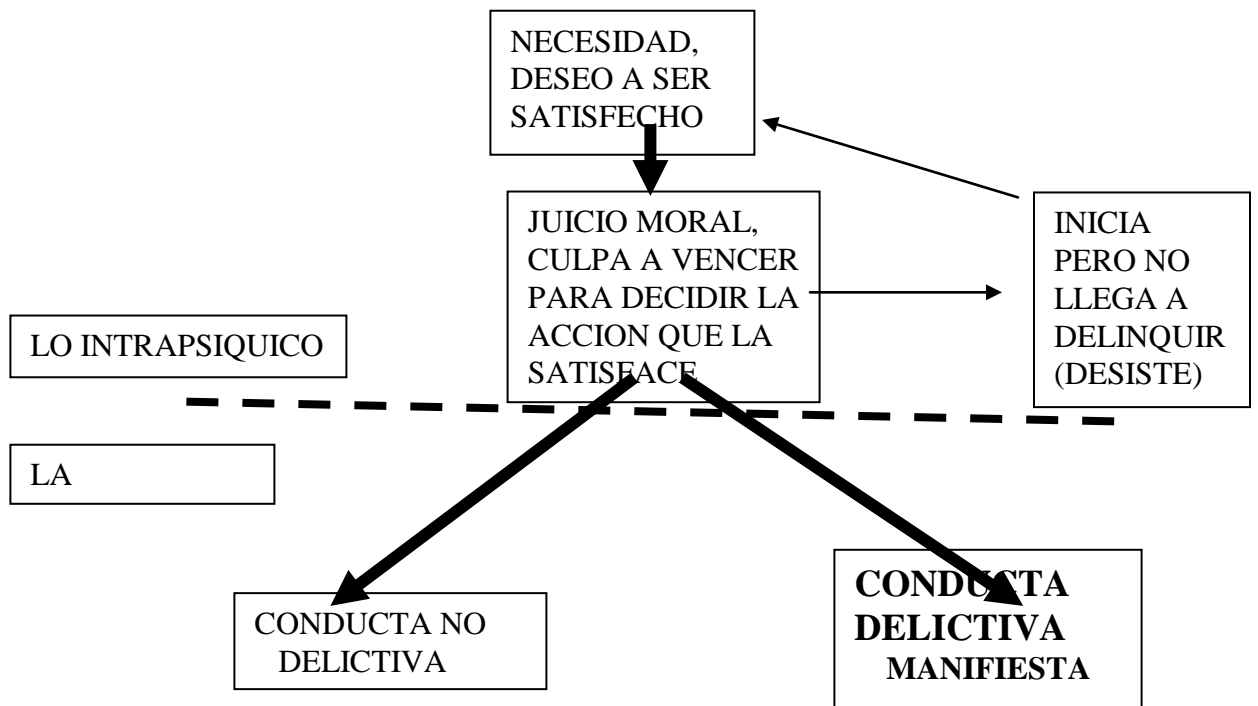
dado concurre cualquiera de las eximentes de responsabilidad penal, incluso las que no se sustentan en la existencia de trastornos mentales del trasgresor.

Las eximentes de la responsabilidad penal son causas que eliminan a ésta y, por consiguiente, a la sanción. Ellas se refieren a la persona del autor del hecho y son una necesidad del Derecho Penal: la vía para proteger de la propia acción de la justicia a quienes ejecutan una acción catalogable y tipificable materialmente como delito, pero sin culpa por hacerlo, o sin que a pesar de ello tal acción constituya realmente un riesgo social, dadas las circunstancias que la determinaron.

En cualquier sentido la relación delito-psiquismo del agente obliga al jurista a poseer un mínimo de conocimiento psicológico para la correcta interpretación de aspectos trascendentes, como los relativos a culpa y responsabilidad. Por su parte el médico o el psicólogo en funciones de perito, deben conocer cuáles eximentes son ajenas a su competencia y no requieren por tanto de demostración pericial sino de la interpretación de quienes juzgan.

Este factor psicológico, en su conjunto, no es sino el reflejo de lo social, inmediato e histórico, en interrelación con el sustento biológico; es la concreción y las vías subjetivas de manifestarse lo social en lo biológico en una persona dada, incluso en sus necesidades y deseos aparentemente “intra psíquicos”.

Todo lo anterior puede verse gráficamente en la siguiente composición:



Determinados factores favorecen que se produzca la conducta delictiva. Puede tratarse de factores externos, actuales e históricos, y propios de una cultura y momento dados; o inmediatos de tipo crítico; o específicos a determinada víctima que propicia o provoca, con lo que contribuye a la decisión delictiva del agente o la precipita; y similares. Resultan así desde factores sociales desensibilizantes, previos al propio deseo explícito y favorecedores del acto, hasta incitaciones inmediatas y contiguas al delito en ejecución o gestación.

Igualmente influye el juicio ético, el cual se produce subjetivamente y lleva al agente a actuar de forma socialmente aceptable o inaceptable, incluyendo como parte de lo segundo la conducta delictiva; o a desistir de materializarla una vez que decidió mentalmente actuar, generalmente por una redefinición del conflicto entre actuar en contra de la moral o acatar a esta.

De cualquier manera el agente pudo valorar el perjuicio que para otro -u otros- iba a ocasionar su acción, **al margen de que no sea consciente de todos los factores influyentes en su conducta**. Debe resaltarse que lo que en primera apariencia transcurre en un nivel psicológico, en realidad está determinado por factores de tipo social que se reflejan en y desde el sujeto; desde su formación hasta lo inmediato.

Cuando la conducta delictiva no se materializa como consecuencia de un proceso psicológico como el descrito, pudiera no exigirse responsabilidad al agente, lo cual se refleja penalmente en las **Eximentes de responsabilidad penal**, las que son de tres tipos:

- **INIMPUTABILIDAD**: los menores de edad penal y determinados enfermos.
- **JUSTIFICACIÓN**: el que actúa obligado y sin otra opción menos dañina.
- **INCULPACIÓN**: el que actúa equivocado.

La eximente por **inimputabilidad** es subjetiva porque proviene del propio sujeto. En este tipo de causa existe el hecho, pero no existe el sujeto psicológico que lo comete; faltan los componentes subjetivos del delito, sea porque no se desarrollaron (el menor de edad o el que sufre un importante retraso mental), sea porque una enfermedad mental los borró permanentemente o de forma temporal coincidente con la acción u omisión constitutiva de delito. En caso de enfermedad o retraso mentales es imprescindible la demostración médica de tal defecto o desorganización psicológicos, la que en cambio es innecesaria para demostrar la falta de desarrollo mental propia del niño, la que está definida sustantivamente como "**edad penal**". Igualmente para las otras eximentes es innecesaria en esencia la pericia médica, pues no dependen de un estado morbo en el agente.

En lo sustantivo penal una formulación aceptable de inimputabilidad debe cumplir tres requisitos:

- Garantizar la adecuación de la responsabilidad penal al estado mental del sujeto.
- Ser comprensible para el Jurista y el Psiquiatra y permitir el común intercambio entre ellos.
- Facilitar la posterior conducta penal con el declarado irresponsable tomando como principio la característica peculiar de su enfermedad.

Análisis de la inimputabilidad en el Código Penal cubano:

En la parte general del Código Penal cubano encontramos al artículo 20, el cual establece las causas de inimputabilidad, así como sus requisitos generales:

“La Enfermedad Mental”

“Artículo 20.1 Está exento de responsabilidad penal el que comete el hecho delictivo en estado de enajenación mental, trastorno mental transitorio o desarrollo mental retardado, si por alguna de estas causas no posee la facultad de comprender el alcance de su acción o de dirigir su conducta.

2- Los límites de la sanción de privación de libertad fijados por la ley se reducen a la mitad si en el momento de la comisión del delito la facultad del culpable para comprender el alcance de su acción o dirigir su conducta, esta sustancialmente disminuida.

3-Las disposiciones de los dos apartados precedentes no se aplicaran si el agente se ha colocado voluntariamente en estado de trastorno mental transitorio por la ingestión de bebidas alcohólicas o sustancias sicotrópicas, ni en ningún caso en que pudiera haber previsto las consecuencias de su acción.”

En consecuencia, para ser causa de variación de la responsabilidad penal, el estado psíquico anormal debe:

1. Coincidir en tiempo con la comisión del delito.
2. Determinar un nivel de desajuste suficiente que borre o inhiba de forma importante las potencialidades psicológicas del agente para actuar según un razonamiento coherente y socialmente determinado (**fórmula psicológica**).
3. No ser intencionalmente, autoprovocado o previsible por el agente.

Los aspectos de la fórmula psicológica son menos conflictivos por ser más descriptivos, generales y fácilmente comprensibles a la luz de los principios de los llamados factores subjetivos del delito. Al establecer los requisitos para que el Estado de Enajenación, el Trastorno Mental Transitorio o el Desarrollo Mental Retardado (**fórmula biológica**) puedan determinar inimputabilidad, es la fórmula psicológica y no la biológica la que en definitiva predomina.

Nuestra fórmula psicológica evoluciona sobre otras que se adscribían a terminologías más técnicas de la Psicología – o más ambiguas – como las ya mencionadas “inconsciencia” u otras como “voluntad”, “discernimiento” y similares. Además es entendible para la común comprensión y el perito puede correlacionarla con la categoría clínica de **Psicosis**, de universal uso en el campo de la Psiquiatría y que conceptualiza al estado mental del paciente con graves desajustes mentales, a consecuencia de los cuales presenta desorganizaciones cualitativas de componentes de su personalidad, incluyendo la voluntad, el juicio y la autocrítica; de forma tal que como persona resulta incompetente para responder a las normas sociales y suyas propias.

Tampoco bastaría, según la Fórmula Psicológica, la simple presencia de enfermedad en el autor de un acto delictivo para considerar variación en la responsabilidad penal, requiriéndose que dicho trastorno anule las posibilidades de valoración y control de los propios actos en quién lo padece.

Con estas fórmulas no se requerirá tanto de un diagnóstico clínico, como de que se establezca a partir del mismo la coincidencia en tiempo con la acción u omisión constitutiva de delito y el grado suficiente de afectación.

Igualmente no ya la exigente completa por “no poseer” la facultad de comprender el alcance de sus actos y dirigir su conducta, sino la exigente incompleta por “*disminución sustancial*” de dicha facultad, pueden encontrar equivalencias, por ejemplo, en **formas moderadas de desorganización psíquica, esencialmente si favorecen, sin determinar, la acción delictiva.**

Existen otros códigos que utilizan una u otra fórmula pura y Arboleda² las agrupa en cuatro tipos de “*defensa psiquiátrica*”: (“*Enajenación, Impulso Irresistible, Automatismo Sano y Síndromes Especiales*”) y tres de “*excusas*” (dentro de ellas las “*reglas*” M'ngathen y Durham).

Análisis de nuestra Formulación Biológica: haremos primero un breve análisis de cada una de sus tres categorías, para luego ver como se aplicarían en las posibles situaciones de la práctica penal.

Las categorías de nuestra formulación biológica, el Trastorno Mental Transitorio y la Enajenación, se originaron en la revisión de 1932 del Código Penal español, realizada por una Comisión del Gobierno Republicano presidida por Luis Jiménez de Asúa y de la cual formaba parte el psiquiatra Sanchis Banus. Estas figuras fueron incorporadas al Código de Defensa Social de 1936 en nuestro país.

Trastorno Mental Transitorio: al referirse a él, Jiménez de Asúa³ plantea que ya existían antes de 1936 fórmulas similares, no iguales, en los códigos soviético y mexicano, por ello llegó a expresar “*que yo sepa la fórmula de trastorno mental transitorio estaba inédita hasta que la República Española la consignó en sus leyes*”, y es que precisamente los códigos soviético y mexicano “*sólo concebían el trastorno mental pasajero con base patológica*” y en forma más limitada.

Al cabo, el Tribunal Supremo Español fijó preceptos para perfilar al Trastorno Mental Transitorio, resultando así que para plantearlo se debían “exigir” los requisitos siguientes:

- 1- Perturbación mental de causa inmediata.
- 2- Evidenciable.
- 3- Pasajera.
- 4- Que cura.
- 5- Con base patológica probada.
- 6- Anula el libre albedrío.
- 7- No causa sólo ofuscación, sino inconsciencia.

El requisito 5 fue transformado, al igual que el 7: ya en 1950 el propio Jiménez de Asúa⁴ señala directamente como “*últimamente el Tribunal Supremo español abandona la base patológica y se contenta con una “ ofuscación que cause inconsciencia*” y comenta sentencias en las cuales se acepta que la base patológica puede faltar, no siendo preciso por ejemplo, en estados de sueño, sugestión, emoción violenta, y similares; así como en casos en los cuales se evidenciaba que el trastorno transitorio dependía esencialmente del choque psíquico de un agente exterior y no de factores morbosos previos en el sujeto.

En nuestra práctica pericial y docente hemos siempre insistido en que la “base patológica” no debe exigirse tanto como condiciones necesarias premórbidas, como en el sentido de que lo que se invoca como causa del trastorno sea suficiente para explicar la aparición del mismo, de manera que exista un conocimiento científico que ampare el planteamiento de que a partir de tal causa se pueda explicar por vías de la Fisiopatología, la Neurofisiológica, la Bioquímica, o la Psicopatología, la producción del trastorno como fenómeno clínico,

² Arboleda

³ Jiménez,

⁴ Jiménez,

conductual; en tanto que, a la inversa, no baste la presencia de la causa para intentar demostrar inimputabilidad si no están presentes los elementos conductuales concretos propios de la desorganización psicológica.

Se trata de dos exigencias a satisfacer pericialmente: una es disponer de una explicación fisiopatológica científica que sustente el planteamiento de que un factor X fue la causa suficiente de un Trastorno Mental Transitorio; la otra es la de demostrar, mediante el análisis clínico de la conducta delictiva en su carácter de evento material, que el sujeto estaba mentalmente desorganizado, precisamente en la forma que se corresponde con esa causa, al cometer el delito.

Puede ocurrir, por ejemplo, que por encontrarse expuesto a sustancias neurotóxicas, un sujeto presente un cuadro de afectación mental durante el cual actúe de forma descontrolada y transgreda la norma; o no actúe y la transgreda por omisión. El perito podrá explicar en ese caso como tal sustancia pudo provocar la alteración psíquica y dar así la “base patológica” sobre la cual aquel se produjo, pero a la vez no bastaría que el agente haya estado expuesto a la sustancia neurotóxica para asumir mecánicamente que sus conductas fueron determinadas por ella, si no se perfila el cuadro clínico propio de una desorganización psicológica: la exposición pudiera haber provocado el trastorno y con él la inimputabilidad, **pero para afirmarlo hay que demostrar también la presencia del cuadro clínico característico de tal trastorno y que la conducta delictiva fue parte del mismo.**

Una regla útil para los casos de brusca aparición de un trastorno, en el curso del cual se delinque, es la de observar si la acción delictiva no resulta en cambio explicable por dolo o culpa a partir de la personalidad, conflictos e intereses habituales y lógicos; o de necesidades críticas coyunturales que pueden deducirse del análisis psicológico del sujeto y de su medio cultural de pertenencia. Es que la conducta propia de una desorganización intempestiva de la personalidad suele ser inexplicable en la forma motivacional en que lo son las conductas que se producen por negligencia o intencionalidad; en ellas el sujeto no ha satisfecho nada ni ganado nada con relación a como él es habitualmente o a sus necesidades coyunturales.

En resumen esencial, concretaremos que el Trastorno Mental Transitorio es cualquier desajuste psíquico presente por un breve período de tiempo, el cual provoca un alto grado de desorganización de la personalidad que lo hace de interés jurídico penal. No se trata de lo que lamentablemente hemos escuchado en boca de juristas que lo critican, de la posibilidad de “*estar loco para unas cosas y no para otras*”, sino de “*estar loco*” durante un periodo breve de tiempo y no estarlo ni antes ni después. Igualmente algunos tienen la errónea creencia de que el Trastorno Mental Transitorio es una figura originada en la Psiquiatría, cuando en realidad es netamente penal y creada por alguien bien penalista como Jiménez de Asúa.

Enajenación: Su uso en la formulación biológica penal de las enfermedades mentales, es mucho más simbólico o en sentido lingüístico figurado que directo, aunque en definitiva, igual que el Trastorno Mental Transitorio, tampoco existe como tal en el campo de la Psiquiatría.

En lo semántico: significaría literalmente “distinto de sí y de los demás”, lo que en lenguaje figurado pudiera simbolizar el característico cambio cualitativo de la personalidad que se produce durante un cuadro de locura o psicosis, con el inconveniente de que sería

entonces tan válido para los cuadros transitorios como permanentes. Sin embargo, también puede simbolizar, siendo profusamente utilizado en estos sentidos fuera del ámbito jurídico, a los cambios que se operan en una persona inmersa en una sociedad que le impone conductas e intereses distintos a los reales y propios. Encontramos así que se dice “el individuo de tal sociedad resulta enajenado” o “tal música es enajenante” o “los miembros de tal grupo son unos enajenados sociales” (sentido de marginalismo), en referencias de carácter social, cultural, o económico, las cuales no tienen que ver directamente con la categorización de determinada cualidad del estado de salud mental. Igualmente “enajena” el que se apropia de lo ajeno y en ese sentido puede verse utilizado en el artículo 338 del mismo Código Penal cubano (“*el que en cualquier forma intervenga en la enajenación de los bienes mencionados*”).

El significado “mental” del término enajenación es sinónimo exacto del término “alienación”, proveniente de la raíz “*alius*” o “extraño” (extraño de sí y de los demás). Se vincula el origen del término enajenación a Gabriel Tarde (sociólogo y criminalista francés, 1843-1904) que en su Teoría de la Responsabilidad “*exigía para establecer la responsabilidad criminal que el agente fuera, al cometer el delito, idéntico a sí mismo y semejante a los demás miembros de la sociedad ambiente*” a partir de lo cual se razona que “*el que enloquece ha dejado de ser idéntico a lo que era y resulta un extraño*”.

Desarrollo Mental Retardado: sin ser técnico resulta fácilmente comprensible para juristas, médicos y otros. Es homologable al diagnóstico psiquiátrico de Retraso Mental. Por ello no requiere mayor dedicación en un análisis global, lo cual no significa que su análisis particular y sobre la base de sus distintos grados, grupos de edad y similares aspectos no sea complejo, como veremos al describirlo y analizarlo.

El conocimiento mínimo de estas figuras puede parecer intrascendente o vestigio de clasicismo penal, dado que de cualquier forma el enajenado o en trastorno mental transitorio en el momento de cometer la acción delictiva será considerado exento de responsabilidad penal solo si reúnen los requisitos de la formulación psicológica de inimputabilidad, pero el propio Código Penal cubano hace necesaria esta diferenciación al establecer más adelante el tratamiento penal al declarado inimputable: “*las medidas de seguridad postdelictivas pueden aplicarseal enajenado mental o al sujeto de desarrollo mental retardado declarados irresponsables de conformidad con lo dispuesto en el apartado 1 del artículo 20....*” con lo que excluye al declarado exento de responsabilidad penal por Trastorno Mental Transitorio de la imposición de medida de seguridad terapéutica postdelictiva.

Se impone entonces proceder de forma que primero se demuestre la concurrencia de los requisitos de inimputabilidad de la formulación psicológica, a la larga los únicos efectivos a tal fin, para después pasar, también con ayuda pericial, a clasificar al inimputable según las categorías de la formulación biológica, en función de que requieran o no de aseguramiento terapéutico postdelictivo. Por tanto tampoco para los propios peritos es innecesario su conocimiento, pues siempre que se plantea inimputabilidad hay que ayudar a decidir de inmediato la conducta postdelictiva a seguir con ese inimputable.

Además, el análisis detallado de las fórmulas de inimputabilidad del artículo 20, es necesario no tan solo por su propio contenido, sino también por establecer categorías que luego reaparecen en el Código, como por ejemplo al categorizar el estado psíquico anormal

por enfermedad mental de aquellas personas que en razón del mismo serían ya por sí víctimas de delito si son llevadas a una actividad sexual, como es el caso de la tipificación de Violación en el artículo 298. Sin embargo, en otros artículos hay formulaciones totalmente diferentes en su redacción, de modo que si en la violación encontramos tal caracterización a partir de que la mujer víctima lo es por estar carente de facultad para comprender el alcance de sus actos y dirigir su conducta al ser conducida al coito, en el delito de Pederastia con Violencia la tipificación se constituye si el hombre víctima está “*privado de razón o de sentido*”. Obviamente la formulación destinada a la responsabilidad penal del agente puede no ser mecánicamente aplicable al sujeto de delito.

La ley penal cubana lamentablemente solo contempla el beneficio cuantitativo para el semi-imputable, pero no su tratamiento diferenciado de la población y sistema penitenciarios, él solo sería internado con fines de aseguramiento terapéutico post delictivo si llegara durante el cumplimiento de la sanción a mayores niveles de desajuste, equiparables a la enajenación.

LAS CATEGORÍAS PSIQUIÁTRICAS Y SU CORRELACIÓN CON LA INIMPUTABILIDAD:

Una vez analizados los enfoques y categorizaciones de la enfermedad mental en el Derecho Penal, pasaremos a continuación a exponer como los clasifica, en su concepción más general, la Psiquiatría; para después mostrar la posible correlación entre ambos campos. Esto puede resultar de gran importancia, pues representa la clave para conocer lo más general de la Psiquiatría desde el campo del Derecho y poder así interrelacionarse y hacer más fluida y eficiente la comunicación con los peritos al operar con el caso penal en cualquiera de las acciones propias del proceso.

Etiológicamente los trastornos mentales pueden dividirse en dos grandes grupos convencionales: **Orgánicos y funcionales**.

-Orgánicos: dependen de una lesión estructural evidenciable en el Sistema Nervioso Central (SNC). Dicha lesión puede ser reversible (**aguda**) o irreparable e irreversible (**crónica**), pero de cualquier manera provocarán una alteración notable de la estructura del SNC, es decir, del encéfalo como víscera.

Las causas de estas alteraciones en el SNC son variadas y pueden citarse infecciones, efecto de sustancias neurotóxicas, falta de oxígeno, tumores, traumatismos y otras.

Las alteraciones estructurales que provocarán y la traducción de estas a la vida psíquica del enfermo, dependerán de la intensidad y duración de su acción, del lugar o lugares que afecten y de la tolerancia o debilidad propia de cada SNC. Es por ello que un mismo agente puede provocar serios disturbios en un sujeto y no en otros, o a la inversa: lo que provoca disturbios en casi todo el mundo no ocasionarlos en alguien.

-Funcionales: en ellas existe un trastorno psicopatológico, incluso este sigue patrones clínicos característicos, pero el SNC del enfermo no muestra signos evidentes de cambios morfológicos. Dentro de estos se ubican trastornos de distinto grado de gravedad, como la Esquizofrenia. Estos trastornos igualmente pueden ser de presencia clínica continua; o aparecer por crisis o brotes; o manifestarse durante un período para desaparecer después.

La división de lo orgánico y funcional es provisional y convencional, casi didáctica, pues en la medida en que avance el conocimiento científico se establecerán las causas de cada vez más trastornos mentales, con lo que más enfermedades pasarán a ser “orgánicas”. Pero esta clasificación ya lleva implícito varios aspectos de interés:

1. La enfermedad mental no siempre puede ser argumentada demostrando cambios cerebrales groseros: una persona bien enferma por un trastorno no orgánico pudiera no tener ni cambios electroencefalográficos ni radiológicos o similares.
2. Una enfermedad puede estar presente en ciertos periodos y en otros no.
3. Un sujeto sano puede enfermar temporalmente, hasta por un periodo muy breve de tiempo, al recibir sobre su SNC el efecto de una de las causas citadas, para luego recuperarse.
4. La presencia de un agente que pudiera dar un trastorno del SNC y con él una afectación del psiquismo, no significa que por necesidad estos se hayan producido en una magnitud penalmente trascendente.
5. Los grados de afectación psíquica durante un trastorno pueden ser variados, asunto al que nos dedicamos a continuación.

Niveles psicológicos de funcionamiento:

El disturbo psicológico puede tener distintos grados de afectación de la integración de la personalidad, es decir, el hecho de que está presente un trastorno no significa que la personalidad esté desintegrada y el sujeto sea socialmente incompetente.

En lo fundamental, además del **normal**, pueden producirse otros dos niveles, morbosos, de funcionamiento psicológico: **el neurótico y el psicótico**.

- **Nivel neurótico:** el trastorno no llega a representar cambios cualitativos del psiquismo, de manera que el paciente no pierde el contacto con la realidad ni consigo mismo, por lo que sigue siendo competente para relacionarse socialmente y actuar según las normas históricas de su cultura. En consecuencia es capaz de percatarse de que está enfermo y de las limitaciones que ello puede provocar.

Los síntomas y signos que se le detectan son **cuantitativos**, porque estos son fenómenos que en mayor o menor grado pueden verse también en una persona sana en determinadas circunstancias, tales como la ansiedad, la tristeza o el mal humor.

El sujeto que funciona en el nivel neurótico presenta esas manifestaciones sin las causas que habitualmente las determinan de manera directa en un sujeto normal; o las presentan en una intensidad desproporcionada a las causas que las desencadenan. Esto representa un nivel de afectación de la calidad de vida, de las relaciones sociales y hasta cierto grado de sufrimiento, pero no la imposibilidad de razonar y actuar según las exigencias de su sociedad y de sí mismo.

- **Nivel Psicótico:** los síntomas y signos en este nivel son de tal magnitud que representan la desorganización de la personalidad y de la captación la realidad, la que es borrada o sustituida por percepciones e ideas que determinan la conducta, en lugar de los habituales capacidades, informaciones, afectos y motivaciones propias de una persona.

Como expresión de este extremo nivel de desajuste la persona es incapaz de darse cuenta o de admitir que está enfermo, pues aquellos fenómenos morbosos que presenta constituyen su realidad, tan convincente para él como lo es para el resto de las personas la objetiva que percibimos. En consecuencia, le resulta imposible responder a los requerimientos sociales y a sus propias históricas necesidades y motivaciones: no funcionan los factores subjetivos del delito.

Aún dentro de esa desorganización el cuadro clínico del nivel psicótico sigue determinadas reglas que son las que permiten al experto psiquiatra establecer los distintos diagnósticos, no se excluye que como pone Shakespeare en boca de uno de sus personajes *“aunque esto sea locura hay método en ella”*, esto es lo que da pocas posibilidades de éxito al simulador si enfrenta a un psiquiatra experimentado y cuidadoso.

Cuadros funcionales u orgánicos en su origen pueden ser indistintamente agudos o crónicos en su evolución y determinar a su vez afectaciones en el nivel neurótico o psicótico, según el caso. Distintas enfermedades pueden dar cuadros evolutivos disímiles, el paciente afectado pudiera estar en ocasiones funcionando a nivel psicótico, en tanto que en otras puede hacerlo a nivel neurótico o hasta normal. Este tránsito entre niveles puede ser a veces muy fugaz. **Salvo que se trate de un cuadro psicótico de presencia continua, el resto de las enfermedades pueden o no estar en el nivel psicótico en un momento dado, de ahí que un diagnóstico, cualquiera que sea, no determine taxativamente inimputabilidad.**

Correlación psiquiátrica-penal: Puede establecerse una correlación entre las categorías penales y las propias de la Psiquiatría, al menos en este nivel general de clasificación:

En lo general es psiquiátricamente sustentable exigir que el que será considerado inimputable esté enfermo en el momento del delito, pues, efectivamente, pudiera ocurrir que lo esté antes o después, pero no en ese momento; en segundo lugar es necesario también que no baste con que el agente presente una enfermedad o trastorno, ya que este pudiera no ser de nivel psicótico y no afectar los procesos psicológicos, de forma que, a pesar de la enfermedad, los factores subjetivos del delito no estén abolidos y sea exigible la responsabilidad.

Es igualmente factible, también desde el campo de la Psiquiatría, la posibilidad de que el sujeto se provoque a sí mismo un disturbio por vías de consumir algún tóxico para presentar un cuadro de desorganización que enmascare en primera apariencia su real voluntad o explique una omisión antijurídica. Igualmente es admisible la exigencia culposa a quien, conocedor de que puede presentar un cuadro psicótico, asuma tal riesgo y resulte en trasgresión de la norma jurídica.

Es también admisible que sin llegar a estar plenamente psicótica, los procesos psicológicos de una persona sean influenciados de forma importante por trastornos o déficit, habituales en él o transitorios, lo que repercute en sus criterios valorativos y de control conductual y favorece el paso al acto delictivo, resultando semi-imputable.

La evolución hacia la curación, propia de una psicosis aguda, hace que aún cuando esta determinó en su momento inimputabilidad, sea después innecesario decretar un internamiento para un agente que ya está sano. Es lógico que no se asegure a todo inimputable, sino solo a aquel que se mantenga afectado y proclive a delinquir.

Como puede verse muchas de las cuestiones preceptuadas en la ley penal para la enfermedad mental pueden considerarse sustentadas en el conocimiento psiquiátrico, aun cuando otras puedan requerir de ajustes que se correspondan con él.

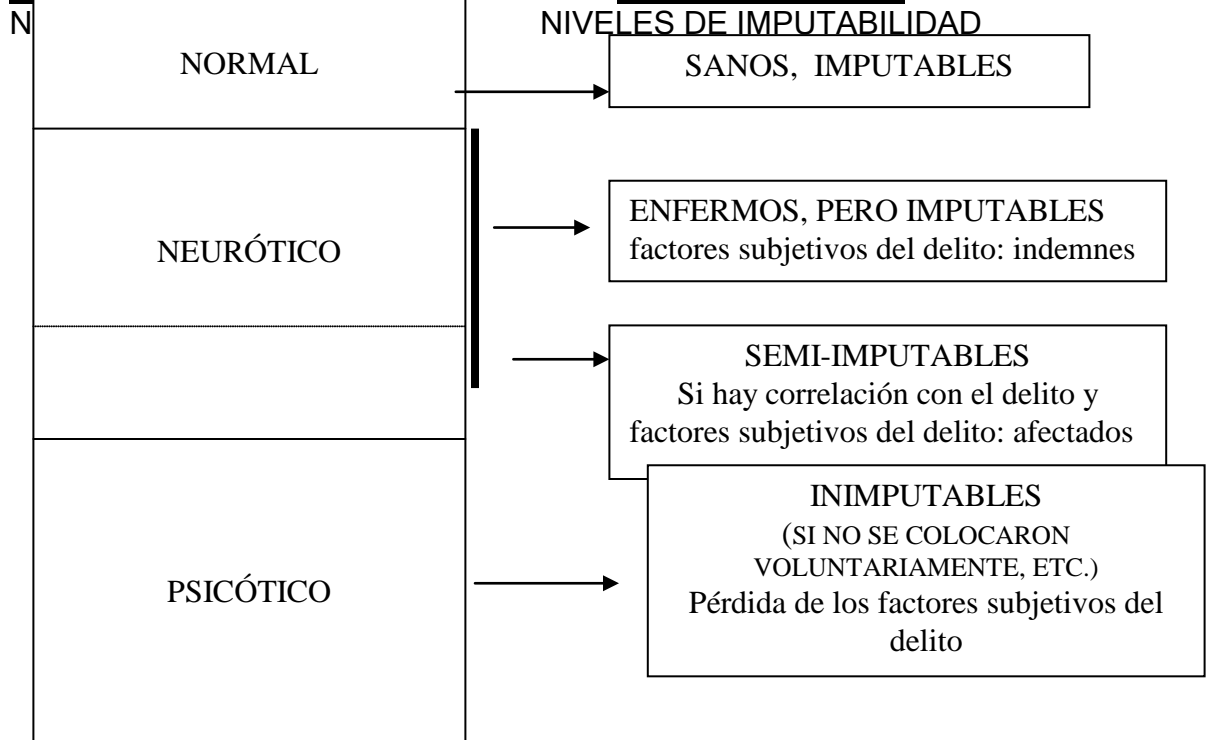
En el aspecto práctico, **para poder establecer retrospectivamente el estado mental del sujeto durante el hecho es imprescindible conocer como fue dicha conducta y cuáles fueron sus antecedentes.**

Es en el análisis de ello, a partir de la exploración clínica actual, que el perito psiquiatra obtendrá la respuesta a esa interrogante. Pronunciarse sobre el estado mental de un agente o víctima retrospectivamente con relación al momento del delito, sin contar con esa información, puede considerarse poco serio y nada confiable. Es de esperarse que, además, si el sujeto delinquirió o fue victimizado durante un cuadro psicótico, su conducta y participación durante ese evento refleje tal nivel de desajuste y no las motivaciones y conductas de quien está actuando en plena relación con la realidad.

Veamos gráficamente lo más general de esta sección:

PSIQUIATRIA:

DERECHO PENAL:



Por último queremos mencionar algunos errores interpretativos con los que con frecuencia tropezamos en el ámbito de los tribunales, ya en el aspecto meramente práctico de la cuestión:

El jurista, incluyendo al abogado defensor, debe tener bien claro que cualquier enfermedad psiquiátrica en el acusado, en cualquier momento, no hace variar necesariamente su responsabilidad penal, aún cuando haya sido determinante para otras causas penales o para otros trámites administrativos (como la aptitud laboral o para el servicio militar activo).

Mucho menos sería sólido intentar demostrar la existencia de enajenación en un perpetrador de delito, a partir de que determinado familiar sea enajenado; línea de razonamiento desacertada con la que se ha intentado forzar el criterio pericial, generalmente con preguntas en el desarrollo del juicio oral. En primer lugar, la herencia de las enfermedades mentales es un factor a considerar en algunas de ellas, pero nunca representa que porque un padre o hermano la padezca, inexorablemente se va a manifestar en los consanguíneos; en segundo lugar, el asunto no estaría en si el sujeto la heredó o no, sino en si esta se estaba manifestando al delinquir o no, y en que grado se estaba manifestando.

La necesidad de determinadas características psicológicas generales para incorporarse a la vida militar -o para otra ocupación de similar carácter selectivo-, no conlleva de facto que quién no la posea y sea por ello excluido de reclutamiento, esté necesariamente dentro del grupo de los enfermos con responsabilidad atenuada o nula, o viceversa.

En Cuba la excepción de este planteamiento puede ser el que un agente portador de una enfermedad -la cuál de por sí no determinará eximente o atenuante de responsabilidad penal- sea considerado exento, si habiendo cometido un delito de la jurisdicción puramente militar, aquella patología determinara que no era apto para prestar tal servicio. Aún así, cabría analizar hasta que punto dicho agente tiene cierto grado de responsabilidad si imprudentemente ocultó la existencia de su enfermedad durante chequeos médicos selectivos, si lo hizo así.

Otra tendencia errónea con la que hemos tropezado, incluso en pleno desarrollo del juicio oral, es la de tratar de establecer mecánicamente la no-responsabilidad de un acusado sobre la base de su coeficiente de inteligencia mediante la “edad mental”, considerando arbitrariamente que si esta lo ubica por debajo de los 16 años estaría fuera de la edad penal, establecida por nuestro Código en su artículo 16. En realidad la cuestión radica en que la inteligencia deficitaria, como retardo del desarrollo psicológico, sólo ocasionara variación en la responsabilidad penal, cuando provoque merma grave, sustancial o total del desarrollo de la “facultad para comprender el alcance de sus actos y dirigir su conducta” como establece el artículo 20 del código cubano.

Este planteamiento queda bien justificado si se analiza que si bien en el aspecto aislado de la inteligencia formal el agente puede ser comparado con un menor (de 12 años, pongamos por ejemplo) tendrá adicionalmente 5, 10, 15 ó 20 años más de experiencia y aprendizaje social (familiar, laboral y similares) que aquel, lo que marca una diferencia notable en el desarrollo moral entre ambos.

3- TAREAS PERICIALES DE LA PSIQUIATRIA EN AUXILIO DEL DERECHO PENAL:

Inexplicablemente, la relación entre Psiquiatría y Ley suele ser restringida en su trascendencia al peritaje para determinar el estado mental del acusado. Este fenómeno subjetivo pudiera ser intrascendente si no conllevara, en consecuencia, el desconocimiento por parte del aparato judicial de otros problemas en que puede, debe, o tiene que solicitarse la peritación psiquiátrica forense. Más aún, el propio médico llega a no tener claridad de en que orden de problemas psicopatológicos puede auxiliar al Investigador o al Jurista. Precisamente vamos a intentar perfilar las tareas que son el punto de contacto práctico entre ambas ciencias.

Las principales –no las únicas- tareas periciales de la Psiquiatría en auxilio de la administración de justicia penal son:

- 1- Determinación del estado mental del acusado en el momento de cometer la acción delictiva.
- 2- Determinación de la competencia mental para cumplimentar las obligaciones de testigo, acusador o acusado en determinada fase del proceso judicial, con posterioridad al hecho delictivo.
- 3- Establecer la compatibilidad del reo con el régimen penitenciario.
- 4- Determinación del estado mental de la víctima en el momento de sufrir la acción delictiva.
- 5- Determinación de posibles secuelas psíquicas en la víctimas a consecuencia de determinados delitos.
- 6- Validación de la confiabilidad del testimonio o de la competencia para testificar en menores de edad y enfermos mentales.
- 7- Peritación al considerado en supuesto estado peligroso por enfermedad mental o toxicomanía.
- 8- Atención y emisión de partes de estado relativos al paciente asegurado con objetivos terapéuticos por peligrosidad pre y postdelictiva.

A continuación haremos un breve análisis de las principales tareas mencionadas, considerando que lo referente a aseguramiento y peligrosidad ya fue tratado suficientemente en páginas anteriores. Los objetivos a alcanzar con estas tareas, que a continuación trataremos de forma general, son analizados posteriormente en lo particular para cada trastorno mental por separado:

1.- Determinación del estado mental del acusado:

La necesidad de que el psiquiatra se pronuncie en retrospectiva sobre cual era el estado mental del acusado en el momento de cometer la acción delictiva, provoca universalmente la duda sobre si es o no científico pronunciarse en ese sentido.

Parecería que el psiquiatra, psicólogo o médico legista, encargados de dar respuesta a esa interrogante, son “víctimas propiciatorias” de una duda que, lejos de serle específica, es común a todos los vinculados profesional o técnicamente a una causa judicial, ya sea como perito, investigador, fiscal, defensor, juez y otros, ya que todos ellos tendrán que conocer de referencia un fragmento de la historia conductual de una persona, sus motivaciones para la misma y similares aspectos y **calificar retrospectivamente** si fue o no culpable, de que tipo delictivo lo fue o no, en que grado lo fue y similares apreciaciones, incluyendo algunas sobre aspectos de su subjetividad tales como intencionalidad, móviles y similares.

Para el miembro de un tribunal puede o no ser difícil, en determinados casos, establecer retrospectivamente la culpabilidad o la inocencia de alguien, en otros no contará con los elementos necesarios para hacer un juicio. De cualquier modo podrá o no hacerlo en la medida que tenga determinada información confiable, pero si lo hace generalmente nadie cuestionará como se atrevió a pronunciarse en retrospectiva.

Precisamente lo que es considerado en la peritación psicopatológica como el punto más difícil de trabajo, puede no serlo tanto, si se dispone de amplia y detallada información de cómo, donde, por qué, cuándo, contra quién, etc., el acusado cometió el delito que se le imputa. A su vez resultaría difícil o imposible – a más de poco serio- pronunciarse sobre el estado mental del acusado en el momento de cometer el delito, sin disponer de todas aquellas circunstancias y su concatenación con lo obtenido en el examen actual de su psiquismo (mediante el examen directo, estudios psicométricos y entrevistas a familiares, médicos de asistencia, amistades, vecinos y otros). En carencia de ello apenas si se podrá reflejar en el informe pericial cual es el estado actual del evaluado, o aún repetir diagnósticos previos al delito.

Por ello, en lo personal, siempre nos ha resultado paradójico, cuando en el juicio oral alguien ha tratado de calibrar la credibilidad de la pericia psiquiátrica, mediante preguntas sobre tiempo empleado en las entrevistas, o el uso de tal o más cual método de exploración complementario (test, electroencefalograma, tomografía axial computarizada y otros medios paraclínicos), pero sin embargo, nunca se pregunta cuan informados estábamos sobre la conducta delictiva del agente.

En línea general también suele hipertrofiarse la importancia del ingreso como recurso para la peritación. La utilización del ingreso en ese sentido tiene indicaciones muy específicas y la más esencial es que el estado de salud mental del sujeto lo requiera o pueda requerirlo; o que el tipo de delito cometido haga necesaria la aplicación de varios recursos de exploración ubicados a nivel hospitalario, por lo que al tener ingresado al peritado se hace más rápida y operativa su aplicación. Además, existe la exigencia ética de no ingresar en una sala de Psiquiatría a nadie que no lo requiera realmente y que de hacerse con fines periciales a una persona no declarada aun inimputable debe mantenerse separada del resto de la población hospitalaria.

Es imprescindible para la peritación psiquiátrico forense el conocimiento pleno de las circunstancias del delito cuando estén esclarecidas. **Al solicitarse este peritaje deben aportarse, pues, todos los antecedentes**, y aún se debe estar en condiciones de buscar nuevas informaciones si el peritaje lo requiere.

En la misma línea será de importancia también esencial la clara elaboración de las preguntas que se dirigen al perito contentivas de problemas concretos de cada caso en particular.

Los medios, métodos y recursos a emplear para la peritación son de la competencia del profesional que los domina y los va a emplear, es decir, del médico. El investigador policial o el jurista solicitan, por las vías procesales establecidas, que se determine el estado mental del acusado al cometer la acción delictiva, pero profesionalmente no les compete imponer que ello se haga de tal o cual forma o empleando tal o cual recurso.

Otro aspecto que resta eficiencia a la peritación psiquiátrica al acusado se refiere al **momento de su solicitud y al de la realización de la misma**, ya que obviamente resultará más fácil la solución de la incógnita cuanto más próximo al hecho delictivo se realice la

peritación, especialmente si se está valorando un posible Trastorno Mental Transitorio. Mediante el “examen psiquiátrico de urgencia”; o “levantamiento o fijación del estado mental”, se puede hacer no una peritación completa de urgencia, pero si una evaluación inicial inmediata al hecho tan pronto la investigación policial lo permita, sobre todo porque en ella quizás radique el aspecto criminalístico más importante del caso. Se trataría así de “fijar” aspectos clínicos psiquiátricos y otros de carácter complementario, como los test toxicológicos, los cuales serían parte de la información a incluirse en las fuentes del peritaje psiquiátrico, el cual se solicitaría y realizaría posteriormente con todos los recursos y con toda la información policial acopiada⁵.

2.- Competencia mental para cumplimentar o responder en una acción penal:

La determinación de esta competencia se realiza también a solicitud de instancias administrativas y tribunales de la jurisdicción civil, ya que, como ampliaremos más adelante, ellos necesitan conocer en ocasiones la aptitud de un sujeto para testar, casarse, ceder un bien o similares acciones. Sin embargo, en el campo penal la existencia de signos de enfermedad mental o de limitaciones en tal sentido en una persona que va a declarar ante un investigador policial o en un juicio oral, por ejemplos, puede requerir de un examen pericial psiquiátrico que establezca si ella está o no en condiciones de cumplimentar, con el adecuado dominio de sí y comprensión de la situación, tal acción.

Debe entenderse que un inculpado pudiera estar en plena facultad al cometer un hecho delictivo, pero posteriormente, a consecuencia de traumatismos, tóxicos, o enfermedad natural, pudiera presentar limitaciones que le impidan participar en acciones de instrucción judicial o en el juicio oral, por ejemplos.

También pudiera una persona encontrarse en un estado postdelictivo en el que resulte cuestionable su competencia mental, por lo que sea conveniente establecerla para garantizar la posterior confiabilidad que tengan sus declaraciones o decisiones. Tal es el caso, por ejemplo, de personas en estado de extrema gravedad por traumas, quemaduras y similares causas, de las cuales se requiera un testimonio o confesión.

Este tipo de evaluaciones requiere de una operatividad pericial óptima, la que permita efectuarla con rapidez en el momento oportuno, aunque en ocasiones puede ser asumida por los médicos de asistencia en casos de personas hospitalizadas.

Si se necesitara establecer determinada competencia para comparecer en el juicio oral como acusado, víctima o testigo, la realización de la exploración con este objetivo puede realizarse de forma más electiva.

No considerar en su momento todo lo anterior puede determinar la posterior solicitud para que los peritos se pronuncien retrospectivamente sobre ello, lo cual es más difícil y menos confiable, o aún impracticable.

3- Competencia del sancionado para permanecer en régimen penitenciario:

Es preocupación –frecuentemente generadora de solicitudes de peritación por parte de las autoridades judiciales- si determinada enfermedad mental o de otro carácter, presente en el responsable de un delito, puede determinar que el mismo no se encuentre apto para

⁵ En el Instituto de Medicina Legal de La Habana hemos establecido estos procedimientos como la diligencia “Examen Psiquiátrico Forense de Urgencia”.

extinguir su sanción en régimen de reclusión penitenciaria o para permanecer en él si ya la está cumpliendo. La solicitud de esta pericia es expresión de la preocupación humanista del sistema judicial para adaptar la sanción a las condiciones particulares de quien delinque y desde pasados siglos aparece ya sustantivamente en forma de definiciones excluyentes del trabajo forzado para reclusos con enfermedad o limitaciones similares. Aunque para dar al recluso la atención médica que él requiera y cuando la requiera, no tiene que esperarse por un examen pericial.

Por su parte la instancia judicial solicitante deberá entregar desde el primer momento a los peritos todos los documentos médicos que se hayan recibido en argumentación de que sea dispuesta la realización de la pericia, tales como historias clínicas, certificados, informes de los servicios médicos penitenciarios sobre las manifestaciones de su enfermedad, la caracterización del mismo por las autoridades de la prisión y similares.

Al realizar esta pericia los especialistas estudiarán el cuadro clínico y los factores históricos y actuales que en lo psico-social caracterizan al paciente. Ellos valorarán en un sentido pronóstico la repercusión que el régimen penal puede tener en el mismo, para emitir un dictamen especialmente descriptivo, que haga comprensivo su criterio conclusivo cualesquiera que sea el sentido de este, ya que el hecho mismo de tratarse de análisis muy casuísticos pudiera determinar incomprensiones cuando sujetos con un mismo diagnóstico puedan aparecer con distintos grados de competencia para permanecer en prisión, dada la variabilidad evolutiva, respuesta al tratamiento y otros aspectos.

Pero lo esencial es detectar si el recluso sufre de un trastorno mental equiparable a la categoría de enajenación y que este se está manifestando en la actualidad, pues solo en ese caso la ley penal establece que él sea trasladado en aseguramiento postdelictivo hacia un hospital, donde seguirá extinguiendo la sanción mientras se mantenga en ese estado. La ley establece su reintegración al penal una vez que la enajenación deje de ser manifiesta.

Esto puede producirse porque el desajuste psíquico empeoró impredeciblemente mientras el sujeto estaba ya en prisión o apareció allí, determinando según los requerimientos del Código Penal cubano (Art. 85,b) tal cambio de medida penal, para lo cual y solo para ello resulta necesaria la peritación.

El punto de común comprensión y de decisión del criterio del jurista y el perito, una vez más, no radicará en si el evaluado, en este caso un recluso, tuvo o no un trastorno psiquiátrico, sino en si este trastorno se está manifestando en la actualidad penitenciaria y en si alcanza la categoría prevista en la ley sustantiva, para entonces poder ser objeto del tratamiento previsto en ella. Reclusos con otro tipo de trastorno recibirán tratamiento psiquiátrico dentro de los establecimientos penitenciarios a través de los servicios médicos de los mismos, para lo cual no es necesaria una peritación. Penalmente no está previsto otro procedimiento ni otro beneficio; pueden existir otros criterios e iniciativas, incluso acertados, pero no son aplicables ni planteables en casos evaluados hasta que la ley no los recoja en un cambio.

4- Determinación del estado mental de la víctima en el momento de sufrir la acción delictiva:

Siendo posiblemente tan o más compleja que la peritación al acusado, la peritación a la víctima es mal conocida y apenas es mencionada en la bibliografía. En ella la peritación

psiquiátrica requiere de un enfoque más integral y para ilustrar ello bastaría mencionar que si el estado mental de un menor que ha cometido una trasgresión, debe ser tomado en cuenta, entre otros, para orientar la conducta reeducativa o educativa a seguir con el mismo (extrapenal en Cuba hasta los 16 años cumplidos), y situarse fuera de las tareas netas de la Psiquiatría Forense; en el caso de tratarse de un menor víctima de delito, pueden ser necesarias pericias complejas sobre muchos aspectos, como su testimonio, posible secuela psíquica, grado de desarrollo psicológico y similares.

En delitos como la Violación y la Pederastia con Violencia⁶, resulta incuestionable la importancia penal de la demostración de cómo el sujeto se encontraba -o no- en el momento de sufrir la acción delictiva, respecto a trastornos mentales de tal trascendencia que determinarían indefensión, pues no actuaba por su voluntad, carecía de la posibilidad de defensa o no respondía a sus reales intereses y motivaciones (situación que se formula no uniformemente en la tipificación de estos delitos). En esa línea un aparente delito de Proxenetismo cometido en relación con una Retrasada Mental (“Retardo del Desarrollo Psicológico” o “Deficiencia Psíquica”) puede determinar que, aún cuando concurren circunstancias de edad adulta y de “consentimiento”, pase a tipificarse como un delito de más gravedad.

Todos estos planteamientos penales hacen necesaria la actividad pericial psiquiátrica en esos casos. En ellos, al igual que en la peritación al acusado, será necesario para los peritos el conocimiento de las circunstancias del hecho hasta donde éstas se han establecido, para poder detectar si durante el mismo existían trastornos mentales transitorios o permanentes, que determinarían indefensión, carencia de voluntad y juicio, o invalidismo en la víctima.

Por otro lado, el dictamen pericial debe dar su respuesta en base a la formulación específica sobre el estado mental de la víctima propia de la tipificación de cada delito y así debe exigirse.

Posibles errores de interpretación de la “edad mental” o de la existencia de enfermedades psiquiátricas en la víctima, las cuales no llegan a alcanzar la calidad señalada, se producen o pueden producirse, en forma semejante a la ya analizada respecto al estado mental del acusado. Por demás – justamente – no tiene repercusión en la interpretación penal del estado mental de la víctima, la existencia de trastornos, los cuales tan sólo “disminuyen sustancialmente” sus facultades o capacidades mentales, lo que tratándose de un acusado tendría importancia. Al menos así se evidencia en las formulaciones al respecto en el delito de Violación (artículo 298, apartado 1, inciso B del Código Penal cubano) en las cuales es donde más completamente se perfila la condición de víctima a partir de la enfermedad psiquiátrica en el sujeto coincidiendo con el delito, y que en nuestro criterio debe tomarse como punto de referencia.

Pero en el estado mental de la víctima puede darse una situación todavía más especial y distinta a su equivalente en el acusado: toda vez que la muerte del agente de delito extingue su responsabilidad penal, no sería necesario, como regla, establecer si el mismo era o no imputable si fallece después de cometerlo. Sin embargo, tanto si se trata de una víctima de delito, como de la impugnación mediante querrela civil de una acción hecha en vida por una persona de la que después de muerto se plantea era incapaz al hacerla, el asunto de su

⁶ N. del A.: en otros países no se separan en esos dos tipos delictivos a la Violación, según se trate de acción contra sujeto femenino o masculino.

estado mental en determinado momento de su vida –el del delito o el de la acción impugnada- es de primera importancia, ya que en modo alguno la muerte extinguiría la responsabilidad del perpetrador de alguno de ambos tipos de acciones, ni sellaría definitivamente la decisión tomada por un incapaz.

Por ello hemos tenido casos, no siempre con posibilidades de peritación previa en el momento requerido, en los que ha sido necesario establecer pericialmente cual era el estado mental de una persona, víctima o presunta incapaz, ya fallecida (“autopsia psíquica” o “autopsia psicológica”), tarea posible en casos en que se realice una amplia búsqueda discriminativa de elementos y testimonios provenientes de historias clínicas, médicos de asistencia, expediente laboral, cartas y documentos autógrafos, familiares y similares fuentes, que en su conjunto permiten plantear una conclusión diagnóstica fundamentada. En la Obras Completas de Finlay pueden encontrarse notas sobre un caso discutido con ese objetivo en la Academia de Ciencias de Cuba a finales del siglo pasado, a solicitud de una autoridad judicial.

En la obtención de documentos y entrevistas a personas se trabajará de conjunto por peritos e investigador judicial, estilo que hemos seguido en nuestro Departamento y que permite que todo documento que vaya a emplearse en el análisis pase a ocuparse judicialmente para formar parte del expediente como prueba documental, así como que toda persona cuya información sea valiosa para el objetivo pericial dé la información en declaración ante la autoridad judicial que investiga, impuesta así de la responsabilidad penal que contrae. Estas declaraciones también deben formar parte del expediente judicial, con lo que queda sustentada la pericia en elementos de mayor confiabilidad para los que posteriormente juzgan y susceptibles de ser objeto de la correspondiente verificación durante la práctica de pruebas testificales y documentales, no solo periciales, en el desarrollo del juicio oral.

Como método pericial, la autopsia psicológica tratará de dar respuesta concreta y demostrativa al problema penal o civil del estado mental de la víctima ya fallecida, a su vez necesario para poder tipificar un delito o agravarlo. Como procedimiento pericial **responde, por tanto, a formulaciones bien concretadas en la letra de un Código Penal o a requerimientos civiles.** El caso típico sería el de demostrar que un anciano dejado solo por la familia era demente y falleció a consecuencia de tal abandono, lo que va a determinar responsabilidad penal en esas personas.

Es necesario mencionar que extrapolar al campo de la investigación judicial mediante la autopsia psicológica de un caso concreto, lo deducible de la existencia en una víctima de determinados factores de riesgo, puede representar el peligro de lo que en Criminología se critica como “labeling” o “etiquetado”, es decir, considerar como demostrativo de una conducta, sea esta la autoría o la victimización en un delito, la existencia en un sujeto de elementos de riesgo para incurrir en la misma o sufrirla.

En el caso de la víctima -fallecida o viva- es igualmente recomendable mantener el vínculo objetivo pericial- letra del código en materia de Psiquiatría Forense. En este caso porque evaluar a la víctima para establecer tendencias que le eran quizás típicas en vida puede dar información erróneamente utilizada en contra de su derecho a ser tutelada, como puede ocurrir cuando se informe, por ejemplo, que una mujer era proclive a tal o cual tipo de actividad sexual; o que es proclive a mentir, toda vez que en nada ello indica que esta actividad sexual o que lo que ahora dice sea algo derivado no de la realidad concreta del delito a ser demostrado, sino de sus tendencias habituales.

Por otro lado, los propios factores de riesgo para sufrir un evento violento pueden ser comunes a varios tipos de ellos, de forma que, por ejemplo, un sujeto con elementos que le dan riesgo suicida, como una adicción o una depresión, vistos en otra situación y con esos mismos elementos, tiene también riesgo de sufrir un accidente o de ser víctimas de homicidio, incluso porque asuma conductas temerarias que concluyan en “accidentes” o en homicidio si la temeridad parasuicida se manifestó como provocación de la agresión de otra persona, en forma de “heterosuicidio” por conducta de inmolación vinculada a su problemática. Se describen personas que provocan la acción policial extrema como forma indirecta de suicidio, en lo que ha dado en llamarse el “suicide by cop” o suicidarse mediante la provocación de la acción policial.

Es conveniente relatar, a manera de ilustración, un caso de nuestro medio en el que un médico legista detectó el origen homicida de la muerte de una mujer que pereció colgada del cuello con una soga a manos del marido. La forma del colgamiento que le produjo la muerte indicaba la imposibilidad material de que ella se hubiera suicidado. Sin embargo, en los últimos días de su vida la víctima había sido atendida por intento de suicidio, sus allegados la reportaban deprimida y el día de su muerte había escrito de su puño y letra una carta de despedida. La causa inmediata de todo ello era, según comunicó en vida a sus allegados, los maltratos extremos y amenazas de que era objeto por el que finalmente la ultimó simulando su suicidio...

Por todo ello, aun cuando resulte útil en otros campos, recomendamos como regla mantener la utilización de la autopsia psicológica en la actividad pericial psiquiátrico forense de casos criminales concretos fuera de objetivos probabilísticos, especulativos o hipotéticos y, por tanto, circunscrita a dar respuesta a la problemática de las formulaciones sustantivas relativas al estado mental de la víctima durante el delito o la capacidad mental de una persona al ejecutar en vida un acto que posteriormente es civilmente impugnado.

5-Determinación de posibles secuelas psíquicas:

En esta tarea, variante de peritación de la víctima, no se tratará de establecer la existencia de determinados trastornos mentales en el momento de la acción delictiva, sino de patologías que habiendo aparecido en el sujeto a consecuencia del delito (por tanto posteriores al mismo) tienen además, carácter de permanentes. La secuela, como tal, siguiendo los preceptos médico- legales de la misma aplicables a esta situación, quedará demostrada si concurren inequívocamente los tres siguientes requisitos:

- 1- Papel etiológico inequívoco del delito en su producción.
- 2- Carácter permanente de la pérdida que representen.
- 3- Trascendencia a un diagnóstico.

No bastan cambios operados en el sujeto después del hecho delictivo para tipificar secuela psiquiátrica, si aquellos son de tal carácter que no tienen trascendencia diagnóstica, es decir, si no alcanzan la categoría de enfermedad, de desajustes en su vida de relación. No bastarían, por ejemplo, tan sólo cambios conductuales, expresión de que el sujeto se haya vuelto más precavido después de haber sido víctima de un robo con violencia, para plantear una secuela psíquica, si no concurren otros factores sintomáticos que conformen globalmente un trastorno mental incapacitante e inequívocamente irreversible. Igualmente resultaría erróneo sustentar la “secuela” o “incapacidad” psíquica en base a un trastorno psicológico reactivo al hecho, pero de carácter temporal; tampoco se consideraría secuela si,

existiendo trastornos previos, el sujeto se mantiene dentro del mismo nivel general de funcionamiento psicopatológico después del delito.

Dentro del campo de la Psiquiatría, esta tarea puede considerarse de realización relativamente fácil en el caso de lesiones que afectan orgánicamente, materialmente, la estructura del Sistema Nervioso Central, determinando cuadros orgánicos crónicos de defecto psíquico permanente, caracterizables clínicamente. Sin embargo, el establecimiento o negación de secuelas psíquicas en base a otros tipos de cuadros clínicos, los cuales no dependen de daño estructural anatómico al Sistema Nervioso –cuadros no “orgánicos”, sino “funcionales”- puede considerarse muy difícil, tanto en la práctica como en la sustentación teórica, debido a lo complejo de la etiología de tal tipo de trastorno funcional permanente y a la posibilidad de que los mismos pueden ser latentes, no manifiestos explícitamente salvo en determinadas circunstancias, como en el caso de las disfunciones sexuales (“frigidez” y similares).

El criterio habitualmente fatalista y erróneo de que hechos emocionalmente traumáticos tienen que determinar siempre un desajuste psíquico permanente, ha dejado de ser popular en el ámbito de la Psiquiatría. Por otro lado gana fuerza, junto con ello, el criterio de que, para que a punto de partida de una vivencia crítica se desarrolle un disturbio psíquico estable, deben concurrir también (concausalmente) elementos intrínsecos de la personalidad (como limitaciones presentes pero no evidentes hasta ese momento) y desfavorables influencias externas desde el medio social inmediato y mediato.

A diferencia de otros peritajes este debe solicitarse lo más alejado posible del hecho. **No es necesario efectuarlo en todas las víctimas de los delitos que prevén eventuales secuelas**, sino solo en aquellos en que se hagan manifiestos cambios en la salud mental de la víctima que hagan razonable dudar de si existen o no secuelas.

6- Validación de la Confiabilidad del Testimonio en Menores y Enfermos Mentales:

Se trata de un tema pobremente tratado a pesar de resultar extremadamente delicado y complejo en su realización práctica.

Es una pericia que difícilmente pueda efectuarse sin la integración de Psiquiatras, Médicos Legistas y Psicólogos, pues en cada caso particular puede ser decisivo el aporte de alguno de ellos, especialmente en el caso de menores, o enfermos mentales, víctimas de Delitos Contra el Normal Desarrollo de las Relaciones Sexuales, Corrupción y similares.

A los fines criminalísticos debe considerarse tan sólo como un análisis de expertos, sobre el grado de confiabilidad (**no de veracidad**) de lo relatado por el menor o el enfermo mental, en función de establecer si su descripción del delito objeto del proceso penal es utilizable como prueba testifical. Esto representa que se emitirán criterios sobre las características de las posibilidades descriptivas, de memoria y similares aspectos psicológicos de tales sujetos, así como apreciaciones con relación al contenido de lo que testimonian.

Obviamente, el valor de los resultados de esta pericia será siempre infinitamente menor que el de cualquier prueba objetiva, la cual demuestre o niegue el contenido del testimonio. Puede considerarse que en existencia de tales pruebas que demuestren la objetividad del testimonio del niño, la validación será innecesaria.

Sin embargo, debe considerarse por otro lado que la solicitud y realización de esta tarea pericial lleva implícita la protección a un grupo de personas, las cuales de hecho son etiquetadas por la cultura erróneamente como poco confiables, lo cual puede precisamente

estimular la realización en su contra de determinados delitos, por tener la sensación el agente de cierto grado de impunidad garantizada, especialmente si el delito es de carácter “oculto”, por lo que el elemento fundamental para inculparlo es el testimonio de alguien de quien se duda, o aún a quien no se le da crédito de veracidad.

Otra dificultad a considerar, también justificante de esta valoración pericial, está en que tratándose de menores y enfermos mentales, el investigador y el jurista se verán adjetivamente limitados o imposibilitados para utilizar recursos de confrontación, interrogatorio y similares, a lo cual todavía debe sumarse mayor limitación si, tratándose de un abuso sexual, resulta excluida la posibilidad de determinados experimentos de instrucción (como la reconstrucción de los hechos); o el examen físico es negativo; o los resultados del mismo no son útiles para afirmar o negar el hecho.

Para validar el testimonio de la víctima menor de edad o en enfermos mentales, será **imprescindible:**

- 1- **Que se aporte siempre toda la información disponible sobre el caso** y aún más, se debe estar en disposición de abrir nuevas búsquedas, en interrelación con lo que vayan obteniendo o necesitando los peritos.
- 2- Igualmente se deberán informar a los peritos las causas que hacen dudar de la confiabilidad del testimonio del niño o niña.
- 3- Poner a disposición de los peritos el contenido textual de la “exploración del menor” obtenida según los requisitos procesales, ya que esta es, en definitiva, el objeto del examen pericial.

En la práctica se encuentra con frecuencia que los funcionarios penales consideran imprescindible someter siempre a duda lo que declara un menor, pero lamentablemente ello no se acompaña de una búsqueda de elementos de comprobación objetiva o referencial de lo que el niño describe, considerando entonces erróneamente que la “validación” sustituirá a la comprobación criminalística, como si esta alcanzara el nivel de la verdad absoluta.

Otras veces se elaboran dudas a partir de características contextuales de la relación entre el niño o niña víctima y el acusado, elaborando hipótesis mediante la asociación sesgada en un solo sentido de acontecimientos tales como:

- Si la niña es mentirosa habitualmente, miente ahora, olvidando que el mentiroso puede estar diciendo la verdad y que en todo caso su selección para ser victimizado puede verse favorecida porque ese rasgo garantice impunidad al acusado cuando el asunto quede a nivel de “palabra contra palabra”.
- Si el acusado tiene “buena conducta” y el niño proviene de un medio socialmente inferior se tiende a parcializarse a favor del acusado, olvidando que esa diferencia también favorece la selección precisamente de esa víctima, así como que esta vez puede ser la primera.
- Si hay violencia y promiscuidad en el medio familiar del niño, olvidando que estos son factores de riesgo para muchas formas de victimización, como la sexual.

Estos y similares razonamientos adolecen de la común limitación de obviar que el material de análisis, puesto unilateralmente en contra de la confiabilidad del niño o niña, tiene también una lectura inversa en la psicología del criminal, o son también elementos de riesgo victimal.

En cuanto a testimonios infantiles está demostrado que la inmensa mayoría no se corresponden con hechos ficticios, y que si bien es importante conocer todos los elementos

contextuales del menor, el presunto delincuente y su contexto interpersonal, para orientarse en la interpretación del caso, la confiabilidad estará dada por la presencia en la descripción de determinadas irregularidades o “índices discriminativos” que son los que deciden el criterio pericial.

Estos indicadores discriminativos están dados por la presencia o no de irregularidades **en el testimonio mismo**, las que se interpretan en función del grado de desarrollo psicológico, fuentes actuales de influencia y habituales rasgos peculiares del niño o niña. Ellos son, por ejemplo, la espontaneidad en la descripción; el afecto y los gestos que la acompañan; la existencia de contradicciones esenciales entre las distintas versiones; el hecho de que introduzca elementos u omita otros por la acción intencionada de los peritos en la entrevista; entre otros.

Estudios realizados en nuestro Instituto han encontrado en casos de delitos de indudable ocurrencia, demostrados por la presencia de testigos o huellas criminalísticas o hallazgos médicos, que los niños en ellos victimizados han dado descripciones en las que no aparecen esas irregularidades. En casos inversos, es decir en los que ha quedado demostrado que no ocurrieron, invariablemente los niños que los describían incurrieron en las irregularidades.

Por otro lado, además de este criterio estadístico, también el análisis psicológico puede establecer si determinado niño o niña tiene capacidad para elaborar mentalmente esa mentira y describirla impecablemente, sin incurrir en errores y de forma convincente, bajo el control de expertos en la entrevista infantil.

Por último queremos aconsejar a quienes inician sus pasos en el mundo del Derecho, a partir de nuestra propia experiencia vital, que preparen su mente de forma bien abierta para conocer de forma indudable los delitos que hubieran parecido increíbles cometidos contra niños y niñas por las personas más insospechadas.

7- Peritación al considerado en supuesto estado peligroso por enfermedad mental o toxicomanía.

Obviando las posibles críticas a las fórmulas o términos, así como pasando por alto lo conflictivo del tema de la peligrosidad predelictiva sostenida en otras causas distintas a las enfermedades mentales, es inobjetable que **determinados** trastornos psiquiátricos pueden ser proclives a actos que amenacen la integridad del propio enfermo y la de otras personas; o la estabilidad del grupo social, aunque **tal peligrosidad no está implícita necesariamente en todos los pacientes psiquiátricos, ni siquiera en su gran mayoría.**

En situación próxima, pero distinta, se ubican al alcohólico y al drogadicto, que funcionalmente, si no primariamente, son también enfermos, aunque en otra categoría de peligrosidad y con distinto tratamiento penal que el inimputable, ya que en sus formas habituales o no complicadas, no alcanzan el rango de desajuste del llamado “enajenado” o psicótico. Sí por complicarse alcanzan tal nivel, pudieran entonces incluirse en el status correspondiente al mismo y aplicarles la conducta penal prescrita para tales estados de enfermedad mental crónica y no la de adictos.

En nuestro Código Penal cubano se separan justificadamente unos de otros, estableciendo en el alcohólico y el drogadicto el estado peligroso dentro de aquellos caracterizados por “*la especial proclividad... para cometer delitos*” (Art. 72 y 73), mencionados separados del enfermo mental (Art. 74).

Para dilucidar lo relativo a estas figuras pudieran necesitarse también de pericias psiquiátricas que establezcan la existencia o no de elementos morbosos que hagan recomendable imponer la reclusión predelictiva preventiva u otra medida de control prevista para estos enfermos. Al plantear niveles de afectación equiparables a las fórmulas jurídicas de inimputabilidad, de inmediato debe aclararse también si el que potencialmente será considerado inimputable requiere o no de una medida de aseguramiento hospitalario, en este caso postdelictiva.

Respecto a las medidas de aseguramiento terapéuticas predelictivas en Cuba deben remarcarse dos aspectos positivos:

1-Su límite en tiempo no se hace en consideración a la enfermedad en sí (pues no se aplican por estar el individuo enfermo) sino al aspecto específico de aquella que es de interés penal y por ello se limita su duración a que “*desaparezca en el sujeto el estado peligroso*”(la razón única justificante de su aplicación penal).

2-No se limita a la posibilidad única del internamiento y abre opciones al “*tratamiento médico externo*”, determinando medida en la aplicación, para limitar lo menos posible la libertad del enfermo, si no es necesario.

En el caso de las medidas de seguridad terapéutica postdelictivas, estas se circunscriben única y exclusivamente al internamiento frenocomial, excluyendo otras variantes complementarias que incluso se contemplan en parte en las predelictivas (tratamiento médico externo).

La actual falta de diversificación de las medidas de aseguramiento terapéutico postdelictivas la consideramos el punto más débil y conflictivo del enfoque y tratamiento penal de las enfermedades mentales en Cuba. El mecánico planteamiento de internamiento estricto como única opción para los inimputables y por períodos innecesariamente extensos, violenta la posibilidad de rehabilitación en cualquier paciente en que se aplique y su utilización más allá del período prudencial adiciona, por sí sola, una mayor tendencia al deterioro por hospitalismo. Una forma idónea de aseguramiento post delictivo sería la que ofrezca una mayor gama de medidas a aplicar y por tanto permita seleccionar aquella más cercana a la individualidad de cada enfermo.

C- PSIQUIATRÍA Y DERECHO CIVIL.

Sobre aspectos generales ya sentados para el Derecho Penal, haremos en esta sección las correspondientes particularizaciones relativas a los asuntos que en el Derecho Civil, pueden vincularse con más frecuencia a la Psiquiatría.

Al analizar su relación con el Derecho Penal se plantearon los aspectos más generales de la Psiquiatría y se hizo su interpretación didáctica en beneficio del estudiante de derecho, lo que permitirá ahora un análisis más breve. Esto no debe confundirse con una desvaloración de la complejidad de problemas a presentarse en este otro campo de inter-relación entre Psiquiatría y Ley.

Generalidad y antecedentes:

Se trata ahora no de que la sociedad exija o no exija responsabilidad a un sujeto por una violación constitutiva de delito, ni de que lo tutele por vías de calificar como delito determinadas acciones u omisiones ya cometidas en su contra; se trata, sobre todo, de las acciones judiciales de custodia y protección a seguir con personas que, como caracteriza Tirso Clemente *“tienen que cumplir fines y (pero) carecen de medios (psicológicos) para su realización y no pueden quedar abandonados a su propia impotencia, y el estado tiene el deber de otorgarles su protección”*.

Tal cual en materia penal se parte de los ya analizados *“factores subjetivos del delito”*, igualmente en otros actos administrativos y jurídicos de la vida el sujeto debe operar con una psicología eficiente, aunque no se trate de actos constitutivos de delito. De hecho, la comparación debía ser hecha a la inversa, pues en su vida social el hombre decide realizar infinidad de actos regulados formal o informalmente, muchos más de los que pudieran considerarse delitos.

Para operar eficientemente, el sujeto es, en sí mismo, una psicología capaz, socialmente determinada. Pero, ya sea por no haber alcanzado aún la natural madurez psicológica consecuente con determinada edad, como porque a causa de un proceso morboso esta no se haya alcanzado o se haya perdido, la persona puede ser ineficaz para cumplir sus deberes y exigir sus derechos; inhábil para satisfacer por sí misma sus necesidades de todo tipo, incluyendo la protección de su patrimonio, entonces requieren de especiales formas de control y protección que representan la adquisición de especiales derechos protectivos, los que a su vez pasan a ser obligaciones para otras personas que son judicialmente seleccionadas, nombradas y posteriormente controladas, para custodiar al mentalmente insuficiente y a sus bienes.

La definición de tal estado de insuficiencia y el proceso mediante el cual este se establece, es parte de la actividad judicial y se interrelaciona con el armónico entramado de leyes que en un país derivan de la Constitución.

Existe la *tutela*, desde el Derecho Romano, dirigida a la protección de los sujetos que aún no arribaban a la *mayoría de edad civil*; y la *curatela* a la de los enfermos mentales. Es notorio que ya desde “las Doce Tablas” se reconocía la posibilidad de reaparición de la capacidad durante los *intervalos lúcidos* (*“dilucida intervalla”*).

Desde entonces, con variaciones de enfoques, pero con mantenimiento de la esencia, se han mantenido a lo largo de distintos regímenes sociales estos estamentos jurídicos de protección a los incapaces. Ellas llegan a nosotros desde el Derecho Histórico Español, el que a su vez mantuvo en general las soluciones del Derecho Romano. En particular a Cuba

colonial pasaron y evolucionaron directamente desde España, su metrópoli, en distintos cuerpos legislativos civiles, incluyendo los refrendados hasta la década de los 80 del siglo XIX, en razón de una más tardía independencia⁷, tal y como ocurrió también con el Derecho Penal (por ello más evolucionado que el de otros países de Hispanoamérica independizados antes).

Desde ese momento, pues aún perdura así en nuestra legislación civil, desaparece la curatela y persiste solo la tutela, tanto para los menores de edad civil como para los enfermos mentales (además de especificar entonces a “los sordo-mudos iletrados” y los “pródigos”). En otros países, por las razones ya expuestas, persistieron curatela y tutela por separado.

La Capacidad e incapacidad en razón de la edad son definidas taxativamente en la ley, por lo que no requiere en sí de peritajes médicos, ni psiquiátricos en particular. Apenas en ocasiones pudiera requerirse la peritación física en casos de edad dudosa. La evaluación psiquiátrica puede requerirse a partir de cierta edad para establecer si la persona posee el desarrollo que se corresponde con el nivel de capacidad o capacidad parcial –o restringida– propio de la edad cronológica de que se trate, pero esto ocurrirá siempre en función de un proceso de incapacidad desarrollado en un tribunal, en razón de lo cual en Cuba pudieran ser peritadas por esa razón personas desde los diez años de edad (en otros países será a partir de aquella en la que se reconoce que el sujeto adquiere cierto grado de capacidad).

Incapacidad en razón de trastornos mentales, físicos o ambos:

Para el caso de los trastornos mentales también se establecen en la Ley Civil **fórmulas**, las cuales perfilan, en terminología de común comprensión, como serán las limitaciones que determinan incapacidad en un sujeto. En forma similar a lo que ocurre en materia penal con la inimputabilidad, cuando el asunto de incapacidad se plantee en razón de retraso o enfermedad mentales por vías de un proceso de incapacidad o juicio de interdicción, resultarán imprescindibles las pericias psiquiátricas, que también estarán reguladas y deben responder concretamente a las fórmulas de incapacidad mediante el correspondiente informe pericial.

Si una persona sufriera de afectaciones eminentemente **físicas que le causen igual impedimento**, estas pudieran ser también determinantes de incapacidad, si bien no se trate de incapacidad mental o esta no pueda establecerse. Tal sería el caso de una persona que producto de un accidente o enfermedad quedara imposibilitada de mover sus miembros y de hablar, o sorda y ciega, pues incluso el depender de un familiar que los “interprete” es ya una prueba contundente de su incapacidad.

Sin embargo, en materia civil no es solo en el curso de un proceso de incapacidad o juicio de interdicción que puede requerirse la práctica de pericias, ya que estas pueden surgir como necesidad cuando un sujeto, no declarado aún como incapaz, intente iniciar una relación jurídica y se sospeche o detecte durante los procedimientos propios de la misma o con posterioridad, que él se encuentra o encontraba física o mentalmente inhábil para realizarla. En esos casos la instancia actuante pudiera requerir la aclaración selectiva de ese aspecto con vistas a abstenerse o dar curso a la relación jurídica de que se trate, si bien no tenga competencia para desarrollar un proceso de incapacidad o juicio de interdicción.

⁷ Cuba fue prácticamente el último país hispanoamericano en alcanzar su independencia de España (1898).

También pudiera tratarse de un proceso judicial civil en el que se impugna o intenta anular el acto ya realizado o a la aptitud de la persona para mantenerse cumpliendo una obligación o derecho.

Tareas de la Psiquiatría Forense en función del Derecho Civil:

Ellas giran alrededor de tres grandes aspectos:

1- Establecer el estado mental de presuntos incapaces: implica examinar a las personas objetos de procesos de incapacidad o juicios de interdicción para establecer si tienen trastornos mentales, físicos o ambos, y si además estos son de tal trascendencia que determinan su incapacidad jurídica.

En lo psiquiátrico por lo general se trata de detectar un posible trastorno o defecto mentales permanentes, de tal severidad que la persona afectada no está en condiciones de ejercer sola y por sí misma el derecho de tomar decisiones sobre su persona y bienes, así como administrar y disponer de los bienes patrimoniales que también por derecho le corresponden.

En todos estos casos será necesario responder pericialmente a la autoridad competente, la designada en la Ley para evaluar y decidir sobre tan trascendente asunto, si el sujeto es o no incapacitado a causa de enfermedad.

En Cuba, en correspondencia con el modo bastante universal de desarrollo de estos procesos, se da curso al correspondiente proceso en un Tribunal Municipal (Sección Civil) por iniciativa voluntaria de familiares, allegados o instituciones de protección.

La necesidad procesal de participación médica se establece en dos momentos y formas diferentes: primero, para dar inicio al proceso, los promoventes presentarán una certificación común, expedida por el médico de asistencia acerca de la enfermedad que se plantea determina la incapacidad; en un segundo momento será **el tribunal**, según lo establece la Ley, quien solicite un examen pericial que corrobore la enfermedad y se pronuncie sobre si esta es o no causa de incapacidad.

Tanto el Código Civil como la Ley de Procedimiento Civil cubanos exigen que ese examen pericial sea realizado por “*dos médicos distintos al de asistencia*” que se pronunciarán sobre el real grado de incapacidad de la persona en cuestión.

Según las formulaciones vigentes⁸, los peritos deberán responder categóricamente si la persona examinada por ellos es o no capaz de *regir su persona y sus bienes*.

El problema fundamental que desde el punto de vista médico pueden tener estas formulaciones, radica en los casos de personas que por enfermedad tienen una afectación permanente de su capacidad, pero esta no es total (incapacitados parciales); o en aquellas otras que, por el curso evolutivo de su enfermedad, alternan periodos de total incapacidad con periodos de plena capacidad. La ley civil sustantiva define en Cuba la primera posibilidad, pero actualmente no establece procedimientos en la vertiente sustantiva para ella.

Correlación médica con las fórmulas de incapacidad civil: Aunque desde las definiciones del Derecho Romano no se descartaba que un incapacitado se recupere (tan es

⁸ Ver artículos 30 y 31 del Código Civil; y los 586 y 587 de la Ley de Procedimiento Civil. Cuba.

así que en la actualidad una de las obligaciones del tutor⁹ es garantizar su tratamiento médico para intentar que esto ocurra o al menos no progrese), el planteamiento médico de incapacidad se sustenta en un trastorno que conlleva desorganización psicológica o el no desarrollo en tiempo de la misma por causas morbosas, con **pronóstico** de irreversibilidad o larga evolución. **Pronóstico** implicaría el cálculo científico del curso **más probable** de la enfermedad, basado en el conocimiento establecido sobre su evolución. Lo que se pronostica aún no ha ocurrido y, por tanto, no puede ser demostrado inequívocamente, ni puede considerarse imposible otra posibilidad.

Por ello, **se considerarán indudablemente incapacitados a personas que funcionan de forma crónica o continua en el nivel psicótico**¹⁰.

En nuestra práctica las enfermedades que son causas **más frecuentes** de incapacidad son las Demencias Vasculares (“Arterioesleróticas”), las Demencias por Enfermedad de Alzheimer, los Retrasos Mentales Severos y Profundos y la Esquizofrenia, pero no en todos los casos de esa enfermedad, sino en los de curso continuo (“crónica”), entre otras posibles.

Una persona afectada por un trastorno de nivel psicótico, pero de curso agudo, no debe ser declarada como permanentemente incapaz sobre la base del mismo y los peritos deben informar al tribunal que los nombró que la persona transita al ser examinada por un periodo de **incapacidad reversible** a corto plazo. Si el pronóstico de reversibilidad o irreversibilidad no puede aún establecerse, se deberá igualmente informar al tribunal, especificando las necesidades de tiempo y recursos de las que depende dicha definición.

En casos límites, en especial si es evidente una evolución a corto plazo hacia la cronicidad psicótica o una larga evolución en ese nivel, lo indicado es considerar al sujeto como incapacitado. Tal puede ser el caso de ancianos con defecto demencial incipiente, pero ya manifiesto, aún cuando todavía oscilen en intervalos de lucidez; o aquellos con Cambios Cognitivos por la edad, todavía no dementes, pero pródigos, es decir, proclives a hacer regalos y cesiones de bienes de gran cuantía, susceptibles de ser influenciados a esas conductas por personas que con facilidad los conquistan con actitudes de cordialidad y afecto.

En casos en que alternen largos periodos de lucidez con otros de psicosis, como ocurre en los Trastornos Bipolares o Maniáco-Depresivos, el perito debe describir el pronóstico alternante y los riesgos del periodo de incapacidad, para que el tribunal, poseedor social de ese atributo, valore y decida la mejor solución del caso dentro de lo legalmente establecido. Precisamente, en nuestra experiencia, cuando alguien ha intentado simular un trastorno mental en pos de ser declarado incapaz, el fin perseguido con más frecuencia ha sido el intento por revertir una acción ya realizada por vías de impugnarla por ineptitud mental al ejecutarla. Muy ocasionalmente un sujeto con una causa penal en curso o en inminencia de ser descubierto en actividad delictiva, ha intentado simular para ser declarado incapacitado,

⁹El asunto de la posible reversibilidad de la incapacidad está reflejado en la propia ley, por ejemplo cuando incluye en el artículo 153 del Código de Familia como obligación del tutor *“procurar que el incapacitado adquiera o recupere su capacidad”* o al considerar en el 160 que la tutela concluya *“por haber cesado la causa que la motivó, cuando se trate de incapacitado”*.

¹⁰ Como puede observarse, estas categorías ya fueron tratadas al analizar los aspectos penales.

lo cual, de hecho, no determinaría nada más que dudas solucionables, pues la incapacidad no se traduce automáticamente en inimputabilidad, en primer lugar por la independencia entre lo civil y lo penal, y en segundo lugar porque en cada causa penal se requerirá de un peritaje que, como ya vimos, parta del análisis de la conducta delictiva concreta de que se trate, también para demostrar que un sujeto con ese trastorno pudo ser el autor de ese delito. A la larga se trata de acciones de evasión de la acción judicial que no pasan del intento y se basan en el desconocimiento de la propia ley.

2- Establecer la aptitud para ejercer derechos o efectuar actos de trascendencia jurídica:

En ocasiones el caso de interés civil no llega a los peritos porque se esté evaluando por un tribunal en el curso de un proceso de incapacidad.

Ocurre que en estos otros casos las personas habrán acudido a determinadas instancias con el fin de efectuar acciones específicas o impugnar partes. Se trata, por ejemplo, de personas que comparecen ante notarios para contraer matrimonio, o testar, o ceder una propiedad y similares actos; en otros casos se trata de personas que impugnan a otras o han sido impugnadas en cuestiones que requieren de un estado mental determinado, tal como el ejercicio de la guarda y custodia de hijos, adoptar o la eventual anulación de un matrimonio. Tendremos, entonces, dos grupos de personas a peritar en esta variante:

En primer lugar, personas que pretenden ejecutar actos que solo son válidos si están en condiciones mentales que les permitan decidir sobre algo (testar, casarse, por ejemplo); en segundo lugar, serán personas de las que se plantea selectivamente que han dejado de ser aptas mentalmente para asumir o mantenerse en el ejercicio de determinado derecho, obligación o ambas (tener la guarda y custodia de hijos, por ejemplo).

Estos casos pueden ser sometidos al criterio pericial por las instancias encargadas del asunto en cuestión, las que no necesariamente son tribunales, en particular las del primer tipo de las antes mencionadas.

En ocasiones el estado mental de la persona al haber realizado un trámite puede cuestionarse retrospectivamente, al impugnarse la aptitud en aquel momento.

Como ya planteamos, los pocos casos de simulación que se encuentran en esta vertiente de la práctica pericial psiquiátrica, precisamente suelen estar vinculados a intentos de desactivar retroactivamente una decisión, por vías de argumentar ineptitud psicológica al haberla hecho.

Lo más frecuente es que el trámite impugnado sea un testamento, hecho en vida por alguien ya fallecido o actualmente demenciado, y se utilice como argumento que al testar era inepto. Con menor frecuencia se impugnan, también por lo general en personas ya fallecidas o actualmente demenciadas, otros actos como haber contraído matrimonio, reconocer hijos o haber cedido o permutado alguna propiedad. Estas serían las causales de Autopsias Psicológicas (ya tratadas como método pericial en la sección dedicada a la relación Psiquiatría-Derecho Penal) a realizar en el campo civil.

En estos casos debe procederse con un sentido lógico, yendo de lo más sencillo a lo más complejo, de modo que antes de pasar a la pericia, tal como la Autopsia Psicológica, se proceda a comprobar la autenticidad del documento, comprobación de la existencia de testigos y declaraciones de estos, firmas y similares aspectos, pues en nuestra experiencia alguna vez se ha estado tratando de demostrar el estado mental de alguien al plasmar su

voluntad en un documento que al final resultó falso (por ejemplo con firma falsificada) o jurídicamente inexistente o no válido.

Como es obvio para cualquier tarea pericial, pudiera o no ser posible dar una respuesta retrospectiva al asunto cuestionado. Ello dependerá de que se disponga o no de la necesaria información confiable y consistente para sustentar el análisis. La instancia solicitante será la encargada de aportar los documentos, testimonios y personas que servirán como fuente. Los peritos pueden y deben interactuar con la autoridad en la obtención de esa información, lo que no procede es que la sustituyan en esa función, entre otras cosas porque la ocupación de documentos, toma de testimonios y similares acciones, deben ser hechos con cumplimiento de lo procesalmente establecido, de lo contrario se corre el riesgo de llegar a conclusiones sin sustento procesal.

Correlación médico-jurídica: En este segundo asunto de interés pericial psiquiátrico, si se demostrara que en el momento de tomar la decisión cuestionada concurrían en el sujeto los mismos trastornos mentales crónicos que se plantearon como justificantes de incapacidad, quedaría también sustentado el criterio para declarar la ineptitud para dicho trámite o para el ejercicio de un derecho o función legalmente establecido. **Pero además la demostración de que simultáneamente en ese momento el sujeto sufría un trastorno psicótico agudo, funcional u orgánico, también sería suficiente para argumentar ineptitud para el trámite impugnado.**

De igual forma la demostración de un trastorno psicótico, pero no crónico, pudiera determinar la suspensión temporal de un derecho o ejercicio de una responsabilidad, como el de la guarda y custodia de hijos, por ejemplo.

Como se evidencia la clave pericial de esta tarea está en demostrar la existencia o inexistencia de trastornos cualitativos del psiquismo en función del periodo, momento o acción de interés al proceso civil. En esta tarea las acciones y estilo de análisis a realizar, si se trata de casos retrospectivos, son muy similares a las relativas en el campo penal al estado mental de acusados o víctimas al ocurrir la acción delictiva.

En casos que son enviados por el funcionario actuante, tal como el notario, antes de proceder a un trámite en el que el sujeto plasmará una decisión, para que informemos sobre si él es o no apto para efectuar dicho trámite, la detección de similares trastornos dará la respuesta, solo que la tarea será menos compleja.

3- Otras tareas: Excepcionalmente se solicita por algún tribunal, por lo general con relación a asuntos de familia, la exploración de una persona (menor, madre o padre), con el objetivo de ampliar información para decidir sobre asuntos de guarda y custodia, selección de tutor para huérfano, admisión de una persona como padre adoptivo y similares.

En estos caso la respuesta a dar, si se trata de menores, puede consistir en una descripción de sus características e intereses en función de incrementar la información de Quién decidirá en el asunto que se dilucida. A diferencia de otras tareas aquí no existirá una fórmula concreta a utilizar.

Si se tratara de adultos, la respuesta puede ser más concreta, en función de sí la persona, al margen de matices, preferencias y diferencias cuantitativas, es o no apta o capaz para asumir la función de que se trate. Si se nos pidiera decidir entre dos personas la más apta para algo, nuestra respuesta sería la misma con relación a cada una de ellas: el autor no cree

que la Psiquiatría o la Psicología, menos el psiquiatra y el psicólogo, estén en condiciones de dar respuesta científica y socialmente compatible a tales asuntos, ni que sean solo los aspectos de su competencia los que deban ser tomados en cuenta para una decisión de tal carácter; de hecho sentiríamos que se estaría tratando de transferir hacia nosotros lo que es función social y competencia judicial de otros.

Como en otros campos de su actividad profesional, el psicólogo y el psiquiatra deben tomar en cuenta sus propias estereotipias culturales y experiencias biográficas, para evitar que influyan en su valoración en contra o a favor de los derechos de alguien.

En esta línea el asunto que con más frecuencia motiva la consulta a los peritos es el de guarda y custodia; o régimen de comunicación de niñas y niños, a cargo de sus mamás, con sus papás o viceversa. En tales situaciones, salvo que existan trastornos a consecuencia de violencia ejercida por el que reclama el derecho a la comunicación, o situaciones críticas nocivas a partir de la actitud de uno de los padres, **nuestra sugerencia suele estar dirigida hacia las necesidades a largo plazo del niño o niña y de la propia familia disuelta**, es decir, a dejar claramente sentado lo nocivo de la exclusión de uno de ellos y la importancia de lograr que se mantenga en comunicación también con aquel o aquella que no tiene su guarda y custodia, así como que ambos padres logren una comunicación constructiva relativa a los asuntos del hijo o hija, también en atención a que, en definitiva, ambos seguirán disfrutando de la patria potestad con relación al niño y están impuestos de obligaciones con él, lo que implica que en cualquier momento tengan que arribar a acuerdos en problemas trascendentales, o hasta cotidianos, con relación al mismo.

Aun en los casos críticos, donde puede quedar implícito el criterio de retirar temporalmente el contacto con alguno de ellos (lo que en el propio Código de Familia se considera una medida excepcional hasta en el grado de **limitar** la comunicación, no ya de prohibirla), siempre insistimos en el carácter no definitivo de tal medida y en la necesidad de promover o imponer como condición los cambios necesarios para que este se restablezca, de ser necesario con la ayuda de un terapeuta de familia.

No mencionamos los casos ultra-extremos en que la propia Ley define, sin necesidad de pericias, la excepcional pérdida o suspensión de la patria potestad de alguno de los padres, generalmente motivada por cometer delitos graves contra el propio hijo, pero aún en ellos tampoco queda excluida necesariamente la comunicación.

D- PERICIAS PSIQUIATRICAS Y ASUNTOS LABORALES:

Trataremos los aspectos laborales de forma muy breve y general, apenas en lo necesario para su proyección en los temas penal y civil, pues la invalidez laboral puede ser de interés en estos campos, por ejemplo al establecer la responsabilidad civil en un delito en que las víctimas han quedado afectadas en su capacidad laboral; o al establecer la prolongación de una pensión alimenticia cuando el hijo que arriba a la mayoría de edad o la ex-cónyuge sean laboralmente inválidos.

En Cuba el establecimiento de los grados y periodos de invalidez laboral no suele ser tarea de la Medicina Legal, sino que se ventilan en comisiones de peritaje laboral de ubicación municipal en las que se integran médicos de diversas especialidades, incluyendo la de Medicina del Trabajo, y funcionarios del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.

De forma sucinta señalaremos que los problemas periciales relativos a la invalidez laboral por trastornos mentales pueden circunscribirse a cuatro aspectos muy concretos:

- 1- El grado en que determinado trastorno puede ser causa de **invalidez parcial o temporal** para determinada ocupación.
- 2- La posibilidad de que un trastorno psiquiátrico sea causa de **invalidez total o definitiva** para determinada o cualquier ocupación.
- 3- La demostración de que un trastorno psiquiátrico que afecta parcial o temporalmente; o es causa de invalidez total, **se originó o no en la propia actividad ocupacional**, de forma que pueda o no considerársele como enfermedad profesional o causada por un accidente de trabajo, con la consiguiente repercusión en materia de Seguro y de Seguridad Social.
- 4- La demostración de que un trastorno psiquiátrico que afecta parcial o temporalmente; o es causa de invalidez total **se originó o no en un delito**, de forma que su repercusión en la víctima recaiga en responsabilidad civil adicional al penalmente responsable del mismo.

Sobre las tres primeras variantes pueden existir múltiples aspectos basados en especificidades contractuales, normas estatales o internacionales relativas a toda o determinada ocupación (las de los trabajadores de barcos o personal de vuelo de aeronaves, por ejemplo). Ellos son imposibles de ser reflejados en este texto.

LOS TRASTORNOS MENTALES

Introducción:

En la presente sección se hacen las descripciones clínicas mínimas y didácticas de los trastornos mentales **más frecuentes**, así como el análisis médico legal, que es decir psiquiátrico forense, de cada uno de ellos.

El análisis médico legal trata de particularizar en cada trastorno aquellos aspectos generales expuestos en las páginas precedentes, así como dar las pautas para su comprensión.

Se advierte que tan solo con el fin de sintetizar la presentación, se toma la licencia de hacer referencia a formas de expresión, como la “inimputabilidad” o la “indefensión” deducibles de un trastorno dado, que no tienen cabida en las conclusiones del perito y rebasan su competencia, ya que son el resultado de la valoración global del jurista en un caso. El uso de expresiones penalmente más generales y universales evita también circunscribirse a formulaciones específicas, en la pretensión de no perder actualidad por eventuales cambios y de ser comprensible por estudiantes de cualquier latitud.

Por último, se ha tratado de reflejar en la división por trastornos tanto la forma tradicional de la nosografía psiquiátrica como las pautas actuales de la Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima versión (CIE-X), con el objetivo de facilitar la comprensión y perdurabilidad en un momento de transición en la clasificación de las enfermedades mentales.

I- TRASTORNOS MENTALES ORGÁNICOS:

Bajo esta denominación se agrupan convencionalmente aquellos trastornos mentales típicos que son la manifestación sintomática de una afectación material, concreta, conocida, del cerebro. Si la base material de la actividad mental del sujeto es el cerebro, no resulta difícil entender que la afectación de esa víscera se manifieste también en cambios psicológicos.

La evolución y duración de estos trastornos orgánicos, como el grado de afectación que producen en la personalidad (**psicóticos o no**), dependen directamente del nivel de la afectación cerebral que los determina, así como de si los cambios encefálicos que los provocan son de tipo reversible (**agudos**) o irreversibles (**crónicos**).

En el siguiente cuadro se sintetiza lo más general de los trastornos orgánicos:

TRASTORNOS MENTALES ORGÁNICOS	CON DESORGANIZACIÓN O DETERIORO PSICOTICOS	AGUDOS: urgencia médica, no psiquiátrica ↓ posible reversibilidad, pero también hacia la cronicidad o la muerte. CRONICOS: irreversibles, generalmente llamados DEMENCIAS
	CON CAMBIOS O DETERIORO NO PSICOTICOS	AGUDOS: reversibles CRONICOS: irreversibles

El Retraso Mental es también un cuadro orgánico crónico, pero por determinadas especificidades se clasifica independiente de las Demencias.

Para el posterior análisis médico legal de estos trastornos deben subrayarse como aspectos generales más importantes:

- 1- La presencia en un sujeto de algún factor potencialmente causal de trastorno orgánico, no permite por sí sola afirmar que necesariamente el mismo presentó, o presenta, una afectación de su psiquismo. Solo es planteable su ocurrencia si se encuentra el cuadro clínico psiquiátrico que los caracteriza.
- 2- Una persona pudiera autoprovocarse, imprudente o deliberadamente, un Trastorno Orgánico Agudo, de tal forma que durante un periodo breve de tiempo presente una desorganización de su personalidad. Igualmente pudiera prever su ocurrencia en caso de padecer de alguna enfermedad o vulnerabilidad ya conocida por él y que se manifieste en crisis de este tipo.
- 3- Las causas de estos trastornos orgánicos pueden ser “naturales”, pero también pueden producirse a causa de eventos violentos que han afectado al sujeto, ya sea por acción intencional contra sí mismo, por accidentes o por delito.

DEMENCIAS:

En ellas se trata de que una persona ya adulta y que había desarrollado sus funciones psicológicas a lo largo de su vida, las perdió irreversiblemente a partir de una severa e irreparable afectación de su cerebro, órgano en el que en definitiva aquellas radicaban.

El ejemplo más típico es el del cuadro demencial que se produce a consecuencia de arteriosclerosis cerebral en personas de edad avanzada, la que determina, por infartos consecutivos, la muerte acumulativa de zonas del encéfalo.

Las demencias se denominan por su etiología u origen, es decir, por la enfermedad básica que las causa al afectar el cerebro. Son múltiples los procesos susceptibles de provocar una demencia, ocasionalmente pueden concurrir más de uno en un mismo sujeto. Las principales son: **Demencia por Enfermedad de Alzheimer**, debida esencialmente a una degeneración primaria del tejido cerebral; **Demencia Vascular**, que antes era llamada **Demencia Arterioesclerótica**, siendo su variante más frecuente la **Demencia Multi-infarto**; la **Demencia Post-traumática**, producida por el efecto destructivo de un traumatismo sobre el cráneo y el encéfalo; **Demencia en la infección por VIH-SIDA**; que se instaura generalmente de forma rápida en el curso de esa enfermedad; **Demencias por consumo excesivo y mantenido de alcohol y otras sustancias psicotóxicas** que suelen ser el estado psicopatológico final en la evolución de una adicción; y otras.

-Análisis médico legal de las Demencias:

La imputabilidad: El que comete una acción delictiva y presenta ya una demencia, cualquiera que sea su origen, reúne los requisitos de inimputabilidad. Pero debe atenderse a que algún demente sea empleado para aparecer como autor aparente de algún delito.

La peligrosidad postdelictiva real es baja como regla en las demencias, en particular en las propias de la senilidad o en la Alzheimer presenil. En ocasiones la propia progresión del deterioro demencial, como es el caso del arterioesclerótico, borra cualquier riesgo que en sus primeras etapas ofrezcan para los demás.

Sin embargo, otros tipos de dementes, como es el caso de jóvenes dementes postraumáticos o epilépticos, pueden ser, a veces, especialmente peligrosos, debido a su peculiar

proclividad morbosa a la irritabilidad y la agresividad. Ellos pudieran requerir de hospitalización frenocomial post-delictiva.

La aptitud penitenciaria y para participar en acciones penales: De aparecer en un recluso un trastorno demencial durante el cumplimiento de una sanción, este se hallará, por tal causa, total y permanentemente inepto para permanecer en un establecimiento penitenciario. En cuanto a aptitud para participar o ser objeto de otras acciones penales, tales como declarar en interrogatorio, participar en reconstrucción de hechos o careos, y similares, los dementes deben considerarse ineptos para las mismas. Igualmente su estado mental los hace ineptos para declarar como testigos durante la instrucción judicial o en el acto de juicio oral.

Su presencia en la víctima: El demente, por su falta de juicio y voluntad y por su imposibilidad para captar y dar respuesta eficiente a los requerimientos de sí mismo, puede ser considerado como sujeto pasivo de los delitos cuya tipificación se sustenta en tal defecto como determinante de indefensión ante quien los agrede o induce a la actividad sexual; o los abandona; o similares conductas..

En el caso de que se origine a partir de un daño cerebral infringido durante un delito, **la demencia será secuela psíquica** del mismo, siempre y cuando tal vínculo causal se establezca inequívocamente, dado el carácter irreversible y la sustancial pérdida de potencialidad psicológica que este trastorno representa, por lo que no basta su simple aparición con posterioridad al delito.

La Capacidad Civil: Los dementes son civilmente incapaces; igualmente son ineptos para realizar acciones tales como contraer matrimonio, testar, decidir sobre bienes y similares. Si la demencia se ha establecido, es erróneo argumentar que el sujeto ejecutó alguna acción durante un intervalo de lucidez, ya que es imposible que durante una demencia acertadamente diagnosticada y por definición irreversible, el paciente tenga una total remisión de síntomas y reintegración de las funciones perdidas, ejecute la acción de que se trate, para a posteriori volver a la demencia.

TRASTORNOS ORGÁNICOS AGUDOS DE NIVEL PSICOTICO:

Al igual que las demencias, estos trastornos no son propiamente enfermedades “psiquiátricas”, sino que son expresión de una afectación del sustrato anatómico en que se produce el fenómeno psicológico.

Como trastornos **agudos** son **reversibles**, pero su presencia indica un nivel importante de afectación de las estructuras encefálicas de las que depende el psiquismo.

Quién sufra un Trastorno Orgánico Agudo de nivel psicótico estará mentalmente “desconectado” de la realidad; tanto de su realidad histórica como de la realidad circundante. En ocasiones quien sufre una pesadilla tiene una percepción de la realidad y de sí mismo similar a la de las personas afectadas por un Trastorno Orgánico Agudo, con la diferencia de que en este último el sujeto no yace dormido, sino actúa y sus acciones se están desarrollando en la realidad material circundante pero sin relación con ella, de forma parecida a quien se conecta a un aparato de realidad virtual.

Todo esto tiene un gran valor para el análisis retrospectivo, pues quien actuó durante uno de estos trastornos tiene que haberlo hecho con una deficiente percepción de lo que le rodeaba y con malas o ausentes orientación y memoria en cuanto a personas, cosas, circunstancias inmediatas y similares limitaciones. Sus actos, materialmente observados, parecen absurdos e incoherentes.

Pueden provocar Trastornos Orgánicos Agudos de nivel psicótico infinidad de causas, de ellas citaremos: alcohol, drogas y otras sustancias psicotóxicas de diversa procedencia, tales como gases, medicamentos y otros; Epilepsia; traumatismos cráneo-encefálicos; fiebre; y similares. de intensidad suficiente que provocan trastornos de distinto grado de duración.

Análisis médico legal de los Trastornos Orgánicos Agudos de Nivel Psicótico:

La imputabilidad:

Durante la ocurrencia de estos trastornos el agente será inimputable. Pueden considerarse equiparables a la figura penal del **Trastorno Mental Transitorio**. Pero la forma más viable de incurrir en el **actio liberae in causa** es precisamente autoprovocarse un Trastorno Orgánico Agudo empleando intencionalmente en sí mismo alguna sustancia o procedimiento capaz de provocarlo, con lo que quedarán excluidos del beneficio de la inimputabilidad. aquellos casos en que de forma imprudente el sujeto asume el riesgo de algo. Por su carácter transitorio no implican en sí peligrosidad postdelictiva, ni determinan **ineptitud penitenciaria**, pero mientras estén presentes el sujeto será inepto participar en acciones penales.

Su presencia en la víctima: determina indefensión psicológica. El carácter transitorio de estos cuadros no les hace calificables de secuela cuando se producen a consecuencia de un delito.

La Capacidad Civil: Por su carácter transitorio no estaría justificada una declaratoria de incapacidad civil durante uno de estos trastornos. Pero las acciones de implicación civil ejecutadas durante uno de estos estados, si ello fuera materialmente posible, no pueden considerarse válidas.

- TRASTORNOS ORGÁNICOS AGUDOS NO PSICOTICOS:

Son trastornos de la afectividad, el pensamiento, la conducta y otras funciones que se manifiestan en transitorios cambios de la personalidad habitual del sujeto, pero sin llegar a su total desorganización. No obstante dependen tanto del efecto del agente que provoca el desequilibrio orgánico no tan severo, como de la personalidad subyacente (recordar de la práctica los distintos efectos que las mismas moderadas cantidades de alcohol o de marihuana pueden provocar en distintas personas).

-TRASTORNOS ORGÁNICOS CRONICOS NO PSICOTICOS:

Son permanentes defectos o cambios cuantitativos de la personalidad que quedan como consecuencia de una afectación del cerebro, pero su magnitud no borra las funciones psicológicas ni transforma totalmente la personalidad. En lógica consecuencia no alcanzan los niveles ya expuestos para las demencias, aunque sus causas pueden ser las mismas. Pueden representar un cambio característico del perfil de la personalidad, en cuyo caso se habla de un **Cambio Cognitivo de la Personalidad**. En ocasiones, cuando la personalidad no cambió sino que se formó ya con la limitación orgánica algunos la califican como **Trastorno de Personalidad de Base Orgánica**.

Análisis médico legal de los Trastornos Orgánicos no Psicóticos.

Imputabilidad: Son imputables, nunca podrá sustentarse tan solo en ellos la inimputabilidad. Pueden llegar a ser causa de disminución sustancial (notable, importante) y determinar semi-imputabilidad, tanto en los agudos como en los crónicos, en la medida en que se cometa el delito durante las formas más acentuadas de este trastorno y con evidente relación de importante influencia entre tales limitaciones psicológicas y el delito cometido.

La aptitud penitenciaria y para participar en acciones penales: al no ser calificables de enajenados, no son ineptos en ningún sentido.

Como víctimas: por su presencia no es tipificable delito con base en incompetencia o indefensión mental. Los cuadros **crónicos**, aún cuando no lleguen a la demencia, constituyen indudables secuelas psíquicas.

La Capacidad Civil: no determinan la incapacidad, como regla.

EPILEPSIA:

En ocasiones parece que existe una secuela positiva inconsciente sedimentada en el pensamiento jurídico, en la que se vincula desde Lombroso a la Epilepsia con la conducta criminal.

A pesar de que en teoría los penalistas, no ya los criminólogos, han superado en mucho el enfoque positivo, en la actualidad, como psiquiatras forenses, presenciamos –a veces sufrimos- la tendencia de investigadores policiales o de juristas a persistir en la importancia de si un delincuente es o no “epiléptico”, en ocasiones desde la posición todavía más errónea de considerar que alguna irregularidad en el electroencefalograma es ya la demostración de la Epilepsia; a partir de lo cual quedaría sustentada automáticamente la inimputabilidad, en lo que resulta el colmo del error.

El diagnóstico de Epilepsia es clínico, es decir, se hace porque esa enfermedad se manifiesta con un cuadro clínico concreto y característico. Ningún complementario, incluyendo el electroencefalograma, da por sí solo el diagnóstico de Epilepsia si no existen las manifestaciones concretas de alguna de sus formas clínicas.

La Epilepsia puede dar cuadros abruptos, agudos, que se interpretan como los Trastornos Orgánicos Agudos, solo que pudiera existir **peligrosidad postdelictiva**, toda vez que el paciente pudiera repetir el cuadro. Pero por la Epilepsia también pueden presentarse otros trastornos de curso crónico, los que en realidad son Trastornos Orgánicos Crónicos, psicóticos o no, asociados a la Epilepsia y se les interpreta en lo médicolegal como ya vimos en esos cuadros.

EPILEPSIA

Trastornos Paroxísticos
("Crisis" o "Ataques")

-Sin alteración de conciencia, Crisis Parciales Simples. No afectan la responsabilidad

-Con alteración de conciencia, Crisis Parciales Complejas y Generalizadas, interpretables como los Trastornos Orgánicos Agudos pero ver peligrosidad

Trastornos Crónicos
Consecutivos o Asociados

-No psicóticos: Cambios Cognitivos, Personalidad Explosiva y similares, interpretar como los Trastornos Orgánicos Crónicos no Psicóticos

-Psicóticos: similar interpretación que las Demencias. Psicosis Epilépticas¹¹

-Retraso Mental: a interpretar según su nivel

En la práctica es frecuente que se intente plantear por un no experto, la existencia de un cuadro epiléptico "desencadenado" por el alcohol, cuando el análisis clínico de la conducta del sujeto durante el delito no da pie alguno para diagnosticar Epilepsia. Esta posición generalmente se acompaña de insistente e impropio solicitud de que se realice un estudio electroencefalográfico al sujeto bajo los efectos del alcohol. Se olvida así que el electroencefalograma es un complementario médico que se selecciona cuando dicho profesional lo estima útil y procedente, necesario y justificado, pues al médico se le ha solicitado que realice un examen con un objetivo definido, pero nadie es competente para establecerle los recursos también médicos a emplear para realizarlo.

¹¹ Cuadros psicóticos no demenciales que se ven en epilépticos, de apariencia similar a la Esquizofrenia, de gran malignidad, difícil control terapéutico y gran proclividad a la agresividad.

II- TRASTORNOS ASOCIADOS AL CONSUMO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS:

Embriaguez Simple (o Embriaguez SAI): se trata del cuadro habitual de la intoxicación alcohólica. Su trascendencia médico legal resulta del grado de afectación que determine, el que puede ser una banal estimulación y euforia o llegar al coma y la muerte. Calificaría en las fórmulas de inimputabilidad o semi-imputabilidad en la medida en que trascienda en sus manifestaciones a los niveles de Trastorno Orgánico Agudo de nivel psicótico o no psicótico según lo descrito para esos cuadros, pero siempre atendiendo a los preceptos penales clásicos de no-voluntariedad ni previsibilidad en las consecuencias del consumo. Interpretación similar se hará en el consumo e intoxicación de cualquier otra droga.

Embriaguez Patológica: es un Trastorno Orgánico Agudo de Nivel Psicótico que aparece en sujetos con una sensibilidad especial, manifiesta de por vida, como una agitación y confusión, eventualmente con agresividad no selectiva, cuando consumen pequeñas cantidades de alcohol. Debe distinguirse que la Embriaguez Patológica no es un cuadro de agitación que se presenta en un sujeto en ebriedad extrema; tampoco es un caso ocasional de “mala bebida” en quien otras veces ha consumido sin mayores consecuencias, sino que ocurre siempre que el sujeto bebe, por lo que al repetirse él está en condiciones de conocer esta reacción y evitar su ocurrencia mediante la abstinencia. Por ello pudiera quedar excluido del beneficio de la inimputabilidad si delinque durante uno de estos cuadros luego de tener identificado su origen.

Adicción al Alcohol o Dependencia Alcohólica: se refiere a un nivel de consumo que se caracteriza por un estado psíquico y físico con compulsión a beber alcohol, de forma incontinente (una vez iniciada la ingestión no puede detenerla) y experimentando signos de abstinencia en caso de no hacerlo. Cuando el sujeto llega a este nivel de consumo generalmente presenta ya severos desajustes en sus relaciones y deterioro en su status social producto del mismo, así como degradación en su personalidad, lo que favorece sus conductas violentas, delictivas o no, por debilitación de sus frenos morales, baja en su autoestima y similares aspectos.

Cuando el sujeto tiene altos niveles de consumo de alcohol, a los que va arribando al incrementarse progresivamente su tolerancia a la sustancia, pero aún no presenta fenómenos de incontinencia y abstinencia, se le clasifica como en **Abuso de Alcohol sin Dependencia**. Los conflictos legales del sujeto con una adicción o con consumo abusivo de alcohol y otras drogas son frecuentes, casi necesarios. De hecho, si es notoria tal proclividad, se les considera en **estado peligroso** y son susceptibles en Cuba de la aplicación de aseguramiento predelictivo en la forma específica prevista para ello en la Ley (incluye tratamiento de deshabitación previo).

Síndrome de Abstinencia: es un conjunto de síntomas de intensidad variable, tanto físicos como psíquicos. Es característico que mejore rápidamente hasta desaparecer al volver a consumir la sustancia de la que se depende, se trate de alcohol o de cualquier otra sustancia. El Síndrome de Abstinencia, de hecho, ya implica el diagnóstico de adicción y, por tanto, en su interpretación médico legal, de una eventual calificación del sujeto en estado peligroso si comete acciones delictivas en ese estado. Pero en lo específico los trastornos que lo constituyen pueden ser ligeros o moderados, del tipo de sensaciones de angustia o depresión, en cuyo caso se interpretarán como corresponde a los ya analizados Trastornos Orgánicos Agudos de nivel no psicótico.

En las formas severas el abstinentes llega a la desorganización psicótica, como ocurre en el **Delirium Tremens** de los alcohólicos, en el que la toma del nivel de conciencia se acompaña de alucinaciones e ilusiones visuales y de otro tipo, generalmente en forma de animales y con alto contenido terrorífico, que van a determinar la conducta e ideación del paciente, su interpretación médico legal es la de los Trastornos Orgánicos Agudos de Nivel Psicótico, ya descrita.

Trastornos Psicóticos por Consumo Habitual de Alcohol u otra Droga:

Se trata de trastornos demenciales que siguen un curso similar a los Trastornos Orgánicos Crónicos de Nivel Psicótico y cuya interpretación legal es la misma de estos. Igualmente es imposible que el sujeto pueda colocarse voluntariamente en ellos o prever su ocurrencia.

III- RETRASO MENTAL:

Se trata también de una variante de Trastorno Orgánico Crónico, pues una vez concluido el desarrollo es irreversible, solo que tiene algunas especificidades, en especial que se trata de un déficit global de la personalidad, sobre todo de la inteligencia, **causado no por un deterioro, sino por no desarrollo** de la misma. Dentro del Retraso Mental, según el grado de afectación del desarrollo cognitivo, encontraremos, ya en la adultez, unos niveles no psicóticos (equiparables a los Trastornos Orgánicos Crónicos no psicóticos) y otros de nivel psicótico (equiparables a las Demencias).

Niveles de Retraso Mental:

Se establecerán con base en el real grado de desarrollo de la inteligencia y operatividad que logra alcanzar el sujeto; de “concretismo”, que no es más que la inhabilidad para las operaciones intra psíquicas con representaciones mentales en abstracto. Este puede llegar a niveles en que el sujeto no puede operar con los significados de conceptos, el sentido figurado y similares. En los casos más profundos no tienen recursos ni para la utilización de las palabras como símbolos.

La determinación de su nivel de inteligencia mediante pruebas psicométricas será de valor auxiliar para establecerlo, pero nunca un determinante taxativo. Como el subnormal coeficiente intelectual de un Retrasado Mental siempre se ubicará en “edades mentales” inferiores a los 15 años, algunos han querido establecer erróneas analogías, al deducir mecánicamente que por ser inferiores a la edad penal debía considerárseles siempre inimputables, pasando por alto que con dicho coeficiente se está haciendo referencia tan solo a un aspecto de la personalidad, con lo que se excluye toda la experiencia social y formación de patrones éticos, los que pueden alcanzarse a niveles penalmente aceptables aún con esa inteligencia subnormal.

El Retraso Mental se subdivide en cuatro niveles, denominados: **ligero** (leve), **moderado**, **severo** (grave) y **profundo**.

Solo los niveles severo y profundo tienen tal nivel de defecto mental que resultan inimputables e indefensos en lo penal; e incapacitados en lo civil. A ambos niveles en general se les interpreta, en lo médico legal, de forma similar a las Psicosis Orgánicas.

El nivel moderado es semi-imputable, como regla, pues casuísticamente pudiera ser causa de inimputabilidad para determinados delitos si se le suman una baja edad o subculturalización.

El nivel ligero es imputable y apto y capaz para todo a los fines judiciales; de hecho ellos pueden en ese nivel alcanzar nivel escolar de secundaria y tener hasta empleos semicalificados no complejos, en la línea de oficios y empleos manuales y similares.

IV- TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

Posiblemente sea el diagnóstico que más aparece en las conclusiones de los peritajes psiquiátricos forenses. Ello no es ocasional, aunque la relación causal entre violencia y Trastornos de Personalidad tampoco la consideramos directa, sino como que ambas expresan, son consecuencia, de factores causales comunes de tipo eminentemente social y psicosocial, los que influyen directa o indirectamente durante el proceso de formación de la personalidad, de ahí la frecuencia de su coincidencia casi necesaria.

La personalidad no es algo estático, pues está en constante interacción dialéctica con su entorno, con lo que ella misma influye en su formación y en las estructuras sociales que la rodean. Su “normalidad” radica en operar sin experimentar por ello permanente sufrimiento y manteniendo su estabilidad propia, sin crear perturbación en su entorno social ni requerir de estos forzados cambios específicos compensatorios para lograrlo.

Cada persona, entonces, necesariamente tiene sus propios habituales rasgos y formas peculiares de ajuste, pero **se considerará como Trastorno de Personalidad cuando habituales y acentuados rasgos del carácter, de la comúnmente llamada “forma de ser” o “forma de relacionarse” de la persona, provoquen consuetudinariamente las ineficiencias y desajustes antes descritos, sin que se trate de que el sujeto llegue a niveles de desorganización psicóticos.**

Se plantean tipos específicos de Trastorno de Personalidad cuando el desajuste de la personalidad se corresponde con determinada constelación característica de los rasgos acentuados. Los tipos específicos más frecuentes, entre otros, son el **Trastorno Paranoide de Personalidad** (acentuadamente desconfiados y suspicaces, proclives a los celos y a la autosuficiencia); el **Trastorno Esquizoide de Personalidad** (tímidos, introvertidos, distantes y fríos); el **Trastorno Histérico de Personalidad** (egocéntricos, fantasiosos, extrovertidos, mentirosos); el **Trastorno Anancástico u Obsesivo de la Personalidad** (meticulosos, perfeccionistas, detallistas); el **Trastorno Ciclotímico de la Personalidad**, con tendencia a **tonos afectivos predominante depresivo** (con actitudes de pesimismo, poco ánimo para las tareas y retraimiento, pero sin dejar de tener comunicación íntima con determinados allegados) **o predominantemente hipertímico** (con actitudes de optimismo, hiperactividad, dinamismo y extroversión) **o a la alternancia de ambos tonos.**

De especial interés, por su frecuente aparición en delincuentes peritados, es el **Trastorno Antisocial de Personalidad (Disocial o Sociopático)**, en el que **no se agrupan a personas por el simple hecho de tener antecedentes de delitos, ni siquiera si incurren en ellos de forma habitual.** Cuando se habla de un Trastorno Antisocial o Disocial de la Personalidad se está haciendo referencia a un perfil característico de anomalías de la personalidad. Es muy probable que un sujeto con un Trastorno de Personalidad Antisocial o Disocial tenga un historial de transgresiones, pero no todo el que tiene tal historial es necesariamente portador de ese Trastorno de Personalidad.

Los rasgos y tendencias más característicos de este Trastorno de Personalidad Antisocial o Disocial son los siguientes: alto egoísmo y análisis a partir de sí y de la satisfacción de sus necesidades por encima de las de los demás, incluyendo hasta a las personas que debían

serle más allegadas; indiferentes y sin empatía ante los problemas ajenos, insensibles, facilitados para la crueldad; autojustificación de las propias culpas con proyección o atribución de las mismas hacia otras personas, incluyendo aquellas que han sido perjudicadas por sus conductas (por ejemplo, tranquilamente utilizan términos ofensivos quejándose de que una víctima “los desgració” al poner a su vista algo valioso por lo cual la asesinaron en un robo con violencia); tendencia a vulnerar las reglas y a presentar conflictos con la autoridad, a la que generalmente atribuyen el origen del conflicto como que “siempre la cogen con él”; y similares.

No puede olvidarse de que están perfectamente apercibidos del daño que causarán a los demás. La esencia está en que optan por lo que a ellos les conviene para su satisfacción inmediata, es decir, no hay la pérdida del sentido de la realidad y las posibilidades de valoración y control propias del psicótico, sino una manipulación utilitaria de la realidad para la satisfacción propia.

Análisis médico- legal de los Trastornos de Personalidad:

Lo esencial es que no son trastornos de nivel psicótico y, por sí solos, **no son causa de inimputabilidad** en ningún caso. Pudiera ser **excepcional** causa de semi-imputabilidad solo en caso de ser muy acentuado y de favorecer e influir de forma importante en el paso al acto delictivo de que se trate. No es raro que el Trastornos de Personalidad de un delincuente **ayude** a explicar su vinculación con el delito en cuestión, pero ello no debe convertirse erróneamente a las fórmulas de inimputabilidad.

Por no ser psicosis tampoco les es planteable ninguna limitación para permanecer en prisión ni para participar en acciones penales. Tampoco son causa de indefensión, secuela o incapacidad civil.

V- TRASTORNOS NEUROTICOS O “NEUROSIS”:

Los **Trastornos Neuróticos**, clásicamente llamados “**Neurosis**” son un tipo específico de enfermedades. Ellos no incluyen a todos los trastornos ubicables en el que hemos llamado **nivel neurótico de funcionamiento**; ni a la inversa, no siempre estas Neurosis funcionan necesariamente en dicho nivel neurótico, pero como regla sí lo hacen.

Los **Trastornos Neuróticos**, o “**Neurosis**”, son trastornos crónicos considerados como funcionales; caracterizados, **como regla**, por la presencia de síntomas que son dependientes fundamentalmente de ansiedad intensa o mecanismos de defensa contra ella. En consecuencia, en las Neurosis no suele haber una pérdida de la posibilidad objetiva de captación de la realidad y de sí mismo, aunque el paciente suele experimentar síntomas de tipo afectivo en forma persistente, con períodos de mayor o menor intensificación.

Lo esencial, sobre todo a los fines de la interpretación jurídica, es que el ser neurótico, al igual que el ser psicopático, va a favorecer tendencias afectivas que serán procesadas en una psicología no desorganizada, la que al margen de deseos y tendencias está en condiciones de, si así lo desea, adoptar decisiones y guiar su conducta en consonancia con las reglas del entorno social, también reflejadas en su psiquismo. En todo caso, esa cierta especial intensidad del conflicto puede generar en el sujeto las manifestaciones afectivas, las que como síntomas o signos caracterizan a las neurosis; o incrementarlas cuando las circunstancias inmediatas las tensen, pero sin llegar, **como regla**, a la desorganización con pérdida de la valoración objetiva de la realidad y del control sobre la propia conducta. Pero tan floridos e históricos elementos pudieran no tener traducción alguna en lo relativo a la

responsabilidad penal, y en todo caso no pasan de representar una necesidad de tratamiento psiquiátrico a ser cubierta en prisión.

En algunos momentos, como **excepciones de la regla**, los trastornos neuróticos pueden llegar a altos niveles de severidad que determinan que en la práctica el sujeto funcione a nivel psicótico, a pesar del nombre “neurótico” de este grupo de trastornos. Esta aclaración brinda una vez más la oportunidad de subrayar como en trastornos susceptibles de denominarse “psicosis”, pudieran existir cuadros no tan severos o períodos de sanidad (intervalos lúcidos) en los que el paciente no está psicótico, en tanto que lo mismo puede ocurrir a la inversa en trastornos calificables como de “neurosis”.

Tipos específicos de Trastornos Neuróticos¹²:

Trastorno de Ansiedad Generalizada (“Neurosis de Ansiedad”): En él el paciente sufre, sin que exista una razón inmediata real para ello, de forma persistente a lo largo de la vida, manifestaciones ansiosas más o menos intensas. En ocasiones sufre paroxismos o crisis extremas de angustia, en los que los síntomas alcanzan niveles extremos (Trastorno de Pánico, Ansiedad Paroxística Episódica o Crisis de Angustia). En ellas es posible que el sujeto pierda brevemente su control y busque salida en caso de estar rodeado de multitud, en un ómnibus, o situaciones similares, en las cuales pueden causar involuntariamente daño a cosas o personas; o abandonar funciones. **-Trastorno de Ansiedad Fóbica. (“Neurosis Fóbica”):** En estos casos la ansiedad se desencadena de forma extrema en presencia de un objeto, persona o situación específica, en realidad inofensivos. La fobia puede establecerse hacia los más disímiles objetos, personas o situaciones, mencionaremos como ejemplo: la **claustrofobia**: asociada al encierro; la **agorafobia**: asociada a los espacios abiertos; la **xenofobia**: asociada a personas extrañas; el **vértigo**: se experimenta ante las alturas; y otras, con o sin nombre de raíces griegas, desarrolladas hacia cosas o animales como lagartos, reptiles, perros, gatos, insectos, ranas, y similares; multitudes, oscuridad, inyecciones, aviones, inmersión en agua, los cadáveres y la presencia de sangre (diferenciada de otras en que con frecuencia se acompaña no de taquicardia, sino de bradicardia y síncope o “desmayo”) y otras muchas. La afectación ante el objeto, persona o situación que provoca la fobia, puede ser tan intensa como la descrita anteriormente en la Crisis de Angustia o Trastorno de Pánico.

Trastorno Obsesivo Compulsivo (“Neurosis Obsesiva Compulsiva”): En él el paciente sufre crónicamente de la presencia de ideas persistentes; de contenido estereotipado, desagradable y absurdo; y parasitarias (carentes de sentido e indeseadas por representar violencia u obscenidad ajenas a los intereses del sujeto, acuden a su mente sin deseárselas y se hacen más molestas mientras más lucha por apartarlas). Estas ideas obsesivas determinan que el sujeto complemente conductas rituales con intenciones compensatorias o de conjuro mágico de lo que ellas representan. Esto pudiera parecerse pálidamente a algunas prácticas supersticiosas, culturalmente determinadas, tales como rodear una escalera por la idea de que pasar bajo ella traería mala suerte y similares. En casos de gravedad extrema las ideas se hacen omnipresentes y el paciente vive entregado a actos compulsivos de conjura (revisar constantemente la posición de objetos, lavar cosas y sus manos, contar todo,

¹² Se les ha agrupado según la Clasificación Internacional vigente (CIE-X), pero se les añade la forma clásica de denominación equivalente o más semejante.

repetir secuencialmente determinados actos y similares). Cuando los síntomas llegan a esos niveles se admite la existencia de un nivel psicótico de funcionamiento.

Trastornos Disociativos (“Neurosis Histérica”): En los trastornos histéricos las posibilidades de seleccionar determinados recuerdos y de atender a determinadas informaciones perceptuales provenientes de la realidad inmediata, concentrarnos en determinadas ideas, así como decidir sobre que movimientos concretos realizaremos o no, se afectan funcionalmente, generalmente por la presencia en ellos, o por la incidencia actual, de una fuerte carga emocional, que provoca que a determinado contenido ideativo o función corporal se le mantenga o trate de mantener fuera del campo de la conciencia del paciente. Estas manifestaciones aparecen generalmente en forma de crisis.

Tipos de Trastornos Disociativos: Amnesia Disociativa; Fuga Disociativa;

Ataque o Crisis Disociativa; Síndrome de Ganser (Diagnóstico frecuente en personas que recién ingresan en prisión); Trastornos Disociativos de la Motilidad Voluntaria y la Sensibilidad (“Conversivos”) y otros

Distimia (“Neurosis Depresiva”): Se manifiesta como un cuadro depresivo persistente, pero que no alcanza la intensidad de los descritos en las formas graves de melancolía en las Psicosis Afectivas. Lo habitual es que se mantengan en niveles en los que la vida social y laboral no resulte bloqueada, y el paciente siga siendo eficiente al menos para responder a las demandas habituales de la vida cotidiana, si bien “de mala gana” o con poco deseo.

Neurastenia: Se manifiesta como una forma mantenida de astenia o cansancio físico y mental, con especial acentuación por los esfuerzos intelectuales que sobrecargan al paciente.

Trastorno Hipocondríaco (“Neurosis Hipocondríaca”): En ellos la ansiedad se deriva hacia preocupaciones relativas a la propia salud, de lo que resulta el persistente temor de estar enfermo.

-Análisis médico legal de los Trastornos Neuróticos o “Neurosis”:

La imputabilidad: Como regla un Trastorno Neurótico resulta insuficiente para sustentar imputabilidad. Cuando sea de nivel grave e influya por encadenamiento con los factores subjetivos del delito para el paso a la acción u omisión constitutiva, pudieran ser causa de semi-imputabilidad.

En los casos excepcionales planteados en la descripción clínica, como gravísimos cuadros obsesivos, inesperados enfrentamientos con el objeto fóbico o las Crisis de Pánico, el trastorno neurótico puede ser causa de inimputabilidad.

Son aptos para el régimen penitenciario. Es posible que el claustrofóbico requiera de algunas condiciones especiales, aunque resulta curioso que en veinticinco años de práctica profesional nunca nos hemos encontrado un caso de real claustrofobia en tal situación.

Salvo casos extremos, el paciente con Trastornos Neuróticos no resulta indefenso si se le valora como víctima. En los casos extremos la peritación debe cumplir requisitos similares a los planteados para argumentar inimputabilidad. Ya comentamos que en un paciente fóbico alguien pudiera utilizar formas de coacción o amenaza sustentadas en ese aspecto. Por su origen histórico y caracteropático, los Trastornos Neuróticos no pueden ser secuela de un delito, lo que no excluye que otros trastornos de nivel neurótico, no puedan serlo. Tampoco son ineptos como testigos ni incapacitados en lo civil, salvo los casos de neurosis Obsesiva de nivel psicótico, que muy excepcionalmente pudieran serlo.

VII- REACCIONES DE ESTRÉS GRAVE Y TRASTORNOS DE ADAPTACIÓN

Son trastornos mentales determinados directamente por el impacto de un psicotrauma sobre la personalidad. Un evento que impacta la personalidad puede ser trascendente tanto por su carácter excepcionalmente intenso, como por provocar una sensación de desagrado permanente; también dependerá de la vulnerabilidad individual o cultural del que lo sufre; así como de que este no logre enfrentar el problema con sus habituales mecanismos de adaptación.

Se separan los siguientes tipos:

-Reacción a Estrés Agudo (Reacción Aguda Ante Gran Tensión):

Dura de minutos a horas, no más de tres días (a diferencia de las Psicosis Reactivas, las que aunque también agudas son más duraderas y su cuadro clínico más estructurado) y se manifiesta fundamentalmente como una intensa descarga emocional que inhibe o embota las capacidades de juicio, con posible desorganización de la conciencia, desorientación, incapacidad para una comunicación eficiente y dificultades para recibir-procesar información. Puede manifestarse como agitación en forma de lucha o huida desbocada; o como estupor (mutismo e inmovilidad); o pasando de una a otra. Se encontrarán también los signos viscerales propios del pánico.

-Análisis médico legal:

La imputabilidad: Se trata de un trastorno de nivel psicótico y, en consecuencia, causa suficiente de inimputabilidad durante el breve periodo en que se manifiesta. No hay **peligrosidad postdelictiva** dado el carácter transitorio del cuadro y su origen ocasional y externo. Su brevísima duración hace innecesarias consideraciones en el sentido de la aptitud penitenciaria y para participar en acciones penales, pero es posible que por presentar uno de estos trastornos una persona que se hallaba presente al ocurrir un delito de carácter catastrófico, no pueda luego dar un testimonio adecuado del mismo.

Su presencia en la víctima: Hace a una persona mentalmente indefensa. Si sigue su evolución típica favorable, no la hace catalogable de secuela.

Su corta duración no la hace causa de incapacidad civil, pero si de ineptitud para acciones durante su presencia.

- Trastorno de Adaptación o Trastorno Situacional:

Son más prolongados y menos desorganizantes que la Reacción Aguda Ante Gran Tensión, sus manifestaciones aparecen con inmediatez o no más allá del primer mes posterior al evento vital que lo provoca y no dura más allá de seis meses en su extensión típica. Transcurren como un cuadro depresivo de nivel neurótico, no grave, ansioso o mixto. Los adolescentes a veces lo manifiestan en forma de conductas antisociales sintomáticas, adicionales a las afectivas o incluso tan marcadas que las enmascaran.

Análisis médico legal de los Trastornos de Adaptación o Situacionales:

No son causa suficiente para sustentar inimputabilidad. Como todo trastorno de nivel neurótico, si fuera especialmente acentuado y vinculable causalmente a un delito cometido por quién lo padece, pudiera llegar a ser causa de semi-imputabilidad. No es causa de ineptitud para participar en acciones procesales penales o permanecer en prisión.

Igualmente su carácter transitorio y nivel neurótico de afectación no determinan indefensión **en la víctima**, ni justifican la calificación de secuela o gravedad. Tampoco representan incapacidad civil o ineptitud para trámites.

TRASTORNO DE ESTRES POST-TRAUMATICO:

Uno de sus rasgos esenciales es que se trata de **una respuesta de aparición tardía o relativamente retardada** a una situación vital que fue traumatizante, similar a la que desencadena los trastornos antes descritos. No se trata de que la persona “esté estresada” por tener un problema. En él el sujeto sufre episodios reiterados en los que vuelve a vivenciar dicho evento, ya sea por la aparición indeseada, “parásita”, de recuerdos vívidos del mismo; ya por su repetición en el contenido de los sueños. Durante esta revivencia se manifiestan síntomas y signos de angustia, miedo y sensación de peligro, especialmente si alguna circunstancia inmediata favorece una evocación asociativa del trauma originario.

Análisis médico legal de los Trastornos del Estrés Post-traumático:

Como su pronóstico no implica que necesaria e inexorablemente derive hacia la permanencia, no puede calificársele como secuela, pero la afectación que representa en la calidad de vida y la salud mental, justifica considerarla como “enfermedad grave” o “grave afectación para la salud” si se manifiesta de forma intensa en reacción a aquellos delitos que contemplan formas agravadas con categorizaciones de ese tipo. El resto del análisis coincide con el del Trastorno Situacional.

VII- TRASTORNOS AFECTIVOS O DEL HUMOR:

Antes se les denominaba “Psicosis Afectivas”, pero no alcanzan muchas veces la desorganización psicótica de la personalidad. Como su nombre indica, las manifestaciones fundamentales en estos trastornos son alteraciones de la afectividad, tanto en el sentido de la depresión como de la manía:

Depresión: su síntoma cardinal es la tristeza, la que suele acompañarse de ansiedad e irritabilidad; proclividad al pensamiento pesimista; aburrimiento y hastío o ausencia de satisfacción ante las cosas agradables (anhedonia); falta de deseo sexual; entre otros. Pueden existir deseos suicidas

En los casos más graves, equiparables ya a un funcionamiento psicótico, el sentimiento de tristeza es aplastante y dominante por sobre otros afectos y motivaciones. Pueden aparecer en la esfera del pensamiento ideas delirantes de diverso tipo y alucinaciones. El riesgo suicida es muy alto.

En lo evolutivo, al margen de la intensidad, se habla de episodios depresivos aislados o recurrentes, así como de una forma crónica y no grave de depresión (**Distimia**), que se correspondería con la clásicamente identificada como **Neurosis Depresiva**.

En la nosografía clásica, los episodios recurrentes se diagnosticaban como crisis depresivas de la **Psicosis Maníaco-Depresiva**. Los episodios depresivos graves que aparecen en la edad próxima a la menopausia o involución con tendencia a la cronicidad se identificarían con la **Melancolía Involutiva**; y los episodios graves aislados, desencadenados por intensas situaciones psicotraumatizantes se equipararían a la **Reacción Depresiva Psicótica**.

Para el estudiante lo más importante es percatarse de que la depresión, como cuadro clínico, tiene distintos niveles de afectación que se ubican en los clásicos niveles de neurótico y psicótico; así como que pueden tratarse de cuadros crónicos o transitorios.

Manía: si el signo cardinal de la depresión es la tristeza, el de la manía es la alegría exagerada o hipertimia, no vinculada a una causa externa que la justifique.

El paciente maníaco llama la atención de inmediato: viste con ropas, maquillajes y peinados de colores y formas excéntricos y eróticamente provocativas. Hablan locuazmente de todo lo que ocurre a su alrededor, comenta, da discursos, canta y hasta baila. Pierde el trato formal y es soez. Además es proclive a sobrevalorarse, por eso puede llegar a ideas delirantes de grandeza, de invención, eróticas y similares (precisamente llamadas “megalomaníacas”). Su hiperactividad es sin cansancio y disfrutan del insomnio.

Los maníacos pueden incurrir en problemas judiciales por vía del desborde erótico. Por otro lado también crean problemas judiciales con su inadecuación formal, erróneamente sentida por otros como provocación o intromisión; con su prodigalidad, pues con facilidad lo regalan todo, aún lo que no es de ellos; con la irritabilidad cuando son contradecidos, que determina problemas de desacato o atentado a la autoridad.

En la manía se plantean también distintos niveles de afectación, de los cuales el más leve es la llamada **hipomanía**, la que representa cierto grado de hipertimia, extroversión, exaltación e incremento en la actividad, durante la cual está sociable y vierte ideas, organiza reuniones y fiestas, pero no llega a provocar rechazo social ni abandona sus actividades y obligaciones habituales.

La manía es una de las formas de las crisis de la antiguamente llamada **Enfermedad Maníaco-Depresiva**, en la que se producen crisis solo maníacas; o solo depresivas; o maníacas alternando con depresivas. Las crisis del tipo que sea separadas por periodos de sanidad o intervalo lúcido. La actual Clasificación Internacional la recoge como **Trastorno Bipolar** y si el paciente solo presenta cuadros de depresión, sin alternar con manía, lo clasifica como con **Trastorno Depresivo Intercurrente**.

-Análisis médico legal de los Trastornos del Humor:

Dependerá, en cualquiera de sus vertientes, de la severidad del cuadro depresivo o maníaco de que se trate, así como de la variante evolutiva permanente o episódica con intervalos lúcidos que pudiera o no estarse manifestando cuando el sujeto se encontraba en el momento de interés judicial, penal o civil, es decir si estaba o no psicótico en el momento de interés penal. Las formas leves -o “neuróticas”- no pueden ser consideradas como causa de inimputabilidad o semi-imputabilidad. Una depresión de este nivel puede estar presente en quien delinque sin tener que determinar o influir de forma importante en su conducta. En cuanto a los cuadros maníacos, la interpretación es similar: el sujeto en desorganización maníaca es inimputable, y en razón de convencimiento es igualmente imposible que el delito que cometa no esté en relación causal con ese estado afectivo. La hipomanía, vinculada causal y temporalmente al delito, es causal de semi-imputabilidad, en tanto que formas muy ligeras y sin influencia demostrable en esa conducta pudieran no trascender a la imputabilidad.

Las depresiones graves o la manía pueden ser razón suficiente para sustentar indefensión mental en la víctima, si esta las presenta al sufrir la acción que por su estado pasará a constituir delito. Como **secuela** o afectación grave para la salud solo podrán plantearse si el trastorno es de tipo afectivo-reactivo al delito.

En lo civil son ineptos durante los episodios o en las formas crónicas para efectuar acciones judiciales, las que en tales casos pueden ser impugnadas. Los casos de curso crónico son causa de incapacidad.

El aspecto de más complejidad se presenta en los casos de manifestación episódica, en que alternarán periodos de franca incapacidad con otros de intervalos lúcidos, quizás más

extensos, de franca capacidad para regir su persona y bienes. En los primeros será importante el riesgo patrimonial, ya sea por el desinterés del deprimido o por la prodigalidad del maníaco.

VIII- ESQUIZOFRENIA:

Es un Trastorno Mental de origen aún impreciso y que se caracteriza por periodos de psicosis con severa desintegración de la personalidad con **posibilidad** de manifestarse en ese nivel de forma episódica, continua o de provocar un gradual deterioro de la personalidad del paciente. Pero en ocasiones no hay defecto, ni se mantiene perpetuamente en el nivel psicótico.

El deterioro que la caracteriza será manifiesto sobre todo en el ámbito de los intereses y motivaciones del sujeto; de sus relaciones interpersonales y vínculos sociales en general, sin afectación de otras capacidades como la inteligencia, la orientación y la memoria .

En la Esquizofrenia se rompe el vínculo entre el contenido ideativo, la vivencia afectiva y la conducta, **es esa ruptura la que constituye su esencia..** Aun en los periodos de remisión del trastorno psicótico el paciente **puede** presentar gradualmente una indiferencia afectiva.

Dentro del mismo proceso del pensamiento se encontrarán en el esquizofrénico elementos de desintegración asociativa, (disgregación, incoherencia), de suerte que en él se conectan conceptos que no tienen vinculación entre sí o la tienen solo de forma figurada y muy superficial, por lo que al expresar su contenido mental mediante el lenguaje este resultará una mezcla de palabras incomprensibles en su conjunto, aun cuando conserven un orden gramatical y estén bien pronunciadas cada una de ellas por separado.

Además, el esquizofrénico se va sintiendo más como contenido esencial y único de sí mismo; sus contenidos psicológicos bizarros, unidos al desinterés por el resto del mundo van determinando que subjetivamente su mundo sea él mismo y progrese en lo que ha dado en llamarse autismo.

Todo esto se ve reforzado por la existencia de signos productivos igualmente favorecedores de una ruptura extrema de la realidad y opuestos a la relación con otros, tales como ideas delirantes que representan el convencimiento absoluto e irreductible de que otras personas o cosas controlan su pensamiento, sus emociones o su conducta y que es perseguido, vigilado y objeto de burlas de los demás (hasta por vía de los medios de comunicación masiva) y similares. En ocasiones los delirios surgen de encontrar significado “especial” en cosas baldías.

También pueden experimentar alucinaciones de tipo auditivo en forma de la percepción de voces inexistentes, a veces hasta procedentes de lugares imposibles como el interior de su propia cabeza, las cuales hablan entre sí, comentando o criticando lo que el sujeto piensa, siente o dice; también dando órdenes. Pueden tener también alucinaciones táctiles, referentes al área sexual, olfativas, de propio movimiento, gustativas y otras, pero rara vez visuales.

Como entidad la Esquizofrenia se subdivide en formas clínicas, según predominen en ella determinados signos o perfil clínico: **Esquizofrenia Paranoide** (con predominio de los fenómenos alucinatorios y delirantes); **Esquizofrenia Hebefrénica** (predominio de conductas infantiloides); **Esquizofrenia Catatónica** (graves trastornos del movimiento corporal, con estupor, excitación o ambos); **Esquizofrenia Simple** (progresivo cuadro de conductas extravagantes y de pérdida de intereses); y la **Esquizofrenia Residual, que es**

un estado crónico alcanzado desde las formas anteriores, como especie de estadio final de deterioro de la personalidad, la que resulta desmotivada, aislada, afectivamente apagada, retraída de las relaciones con otros y con pérdida de la higiene y cuidados personales. En determinados momento evolutivo el residuo puede no ser aun tan severo y no alcanzar el nivel defectual psicótico.

Análisis médico legal de la Esquizofrenia:

La esencia del mismo radica en la necesidad de ubicarse en el momento evolutivo o estadio en que se encuentre la enfermedad en determinado punto de interés judicial.

El nivel psicótico de desorganización psicológica característico de un cuadro esquizofrénico “activo”, ya sea brote episódico o forma continua, es sin lugar a dudas causa de inimputabilidad, **pero la explicación del delito tiene que provenir de la desorganización esquizofrénica.** Si el que delinque ha sido diagnosticado como esquizofrénico, pero no se hallaba psicótico, es imputable. En casos de deterioro notable, pero no de funcionamiento psicótico, pudiera ser aplicable la eximente incompleta.

La presencia de delirios o de tendencia a la agresividad impulsiva puede hacer necesario el aseguramiento hospitalario post-delictivo por peligrosidad.

El recluso que experimente un brote esquizofrénico debe ser beneficiado con un cambio de medida sustitutivo y trasladado en aseguramiento post-delictivo hacia un Hospital Psiquiátrico, mientras este sea manifiesto. Según remite su enfermedad, se haga continua o deje un defecto importante, pudiera o no requerir de la extinción del resto del tiempo de la sanción en el Hospital.

Durante los brotes psicóticos o en la variante continua, el sujeto será no apto para participar con la eficiencia psicológica requerida en acciones procesales o para testimoniar en calidad de testigo.

La Esquizofrenia en el nivel psicótico es suficiente causa para considerar al paciente como en indefensión, por determinar anulación de sus posibilidades de juicio y control volitivo. La existencia de deterioro que no alcance ese nivel psicótico resultará insuficiente para alcanzar tal nivel de interpretación.

Es implanteable que la Esquizofrenia sea secuela de cualquier delito.

La Capacidad Civil:

Los actos ejecutados durante los brotes psicóticos o formas continuas son impugnables. La existencia de formas continuas o de un deterioro importante, aun no psicótico pero con pronóstico de evolución hacia ese nivel, deben considerarse causa suficiente de incapacidad.

IX- TRASTORNOS DE IDEAS DELIRANTES PERSISTENTES, PSICOSIS DELIRANTES CRÓNICAS O ESTADOS PARANOIDES:

Se trata de un grupo de trastornos psicóticos de curso crónico, caracterizados por la presencia de ideas delirantes -con o sin alucinaciones- en los que no ocurren los elementos característicos de la Esquizofrenia, los trastornos afectivos o la organicidad, por el contrario pueden cursar con una relativa conservación de la organización del resto de la personalidad, de forma que se mantiene la congruencia entre los delirios y las respuestas afectiva y conductual. En ellos puede manifestarse un delirio único y sistematizado; o varias ideas delirantes vinculadas entre sí. Este grupo, actualmente llamado “**Trastornos de Ideas Delirantes Persistentes**”, suele mantenerse durante el resto de la vida del paciente y no se

logra con la medicación su apagamiento total y estable. Las formas más clásicas son la **Paranoia y la Parafrenia**.

-Análisis médico legal de los Trastornos de Ideas Delirantes Persistentes:

El delirante crónico es inimputable, pero precisamente el carácter crónico de su trastorno hacen muy necesario el aseguramiento. No son aptos para el régimen penitenciario. Como testigos son formalmente inhábiles.

Aunque muchas veces suspicaz y desconfiado, el delirante crónico puede ser objeto de engaños, a partir de estos, como en todo caso de persona que se aproveche de la condición de un psicótico, puede considerarse como víctima de delito tan solo en razón de su estado mental. Por su origen no puede aparecer como secuela enfermedad grave derivadas de un delito.

En cuanto a La Capacidad Civil representan un conflicto en el caso de los más sistemáticos (como los paranoicos), el cual se definirá por el riesgo que los delirios puedan representar respecto a los bienes patrimoniales y decisiones desfavorables a cónyuges vistas como adúlteras sin serlo; o familiares considerados como cómplices de complots en su contra; o similares razonamientos delirantes. Los casos de mayor exhuberancia delirante, como los parafrénicos, son claramente incapaces. Obviamente será considerada nula cualquier decisión determinada por el contenido de sus delirios, tales como testamentos y matrimonios.

X- TRASTORNOS PSICOTICOS REACTIVOS (PSICOSIS REACTIVAS):

Son trastornos no orgánicos de nivel psicótico, de curso habitualmente agudo y que se presentan horas o muy pocos días después de que el paciente ha sufrido una fuerte conmoción psicológica o “psicotrauma”. Son transitorios, desaparecen en apenas días o semanas, pero siempre implican un funcionamiento psicótico.

En nuestra experiencia hemos tenido algunos casos de Psicosis Reactivas “por rebote”, en los que los criminales han sufrido, después del delito, psicosis de este tipo bajo el impacto emocional de las consecuencias de sus propios hechos, no tanto por el hecho de ser detenidos.

Formas clínicas:

Reacción Paranoide Aguda: el sujeto presenta delirios de persecución y daño, o se cree objeto de comentarios y burlas de los demás.

Excitación Reactiva: cuadro similar a la manía descrita en los Trastornos Afectivos, pero que aparece transitoriamente después de un psicotrauma.

Reacción Depresiva Psicótica: cuadro depresivo grave desencadenado por una tensión emocional extrema, desgastante y proclive a generar tristeza.

Psicosis Inducida o “Folie a Deux”: **se produce como resultado de una muy estrecha relación de subordinación o vinculación afectiva con un sujeto afectado por delirios sistematizados crónicos, resultando que el delirante inductor, desde su posición de ascendencia afectiva, intelectual o de autoridad, convence de sus delirios al que va a padecer entonces de una psicosis “inducida”. Pudiera resultar inducida más de una persona.**

-Análisis médico legal de las Psicosis Reactivas:

Como todo trastorno psicótico de los hasta aquí descritos determina inimputabilidad si estuvo presente en el momento de cometerse la acción delictiva, no antes ni después.

Representarían un Trastorno Mental Transitorio y no existirá la necesidad de un aseguramiento post-delictivo.

La aparición de uno de estos cuadros en un detenido para investigación como sospechoso o acusado, lo inhabilita psicológicamente para ser objeto de acciones penales o ser juzgado, dada su incompetencia mental. Pero bien pudiera no ser necesario enviarlo como asegurado a un hospital fuera del penal, dada la evolución a corto plazo.

La desorganización propia de estos cuadros es suficiente para considerarlos causa de indefensión en la víctima.

Su carácter no permanente, reversible, impide calificarlos de secuela. Pero en aquellos delitos en que se prevé puede considerarse como una “afectación para la salud o enfermedad grave”.

Una Psicosis Reactiva es causa temporal de incapacidad, pero insuficiente para determinar el status de incapacitado de por vida.

XI- TRASTORNOS EN LA IDENTIDAD SEXUAL Y TRASTORNOS DE LA INCLINACION SEXUAL

Estos trastornos se manifiestan sin necesidad de que el resto de la personalidad y la funcionabilidad social del sujeto tengan que estar afectadas o adopten un perfil característico: ellos no dependen de otro trastorno. Por tanto **el sujeto que presenta estas tendencias sexuales peculiares posee una personalidad que está en condiciones de someter a las mismas a un análisis crítico valorativo para decidir si pasa o no a satisfacerlas y cómo lo hará.** Un argumento práctico a favor de ese planteamiento, es que la ejecución de actos delictivos vinculados a estos impulsos transcurre con la cobertura y la privacidad previstas, por lo que raramente el autor de los mismos es sorprendido in fraganti. En ocasiones el sujeto con uno de estos trastornos mantiene relaciones sexuales según la “normalidad” sin ser sexualmente disfuncional, para mantener determinada imagen, lo que no quiere decir que no prefiera o no se satisfaga más con la calificada como trastorno.

Es poco probable que sin una comunicación voluntaria y deseada del sujeto pueda hacerse un diagnóstico de certeza de un Trastorno en la Identidad Sexual o de la Inclinación Sexual. Por ello nunca debe interpretarse que la negatividad de un examen pericial psiquiátrico practicado a un sospechoso representa la exclusión de uno de estos trastornos; ni lo inverso: la existencia de otros trastornos no hace ni más ni menos probable la existencia de el que nos ocupa.

Tipos de Trastorno en la Identidad Sexual o de la Inclinación Sexual:

Transexualismo: el sujeto no se siente satisfecho ni identificado con su sexo, por lo que no se trata de que desea ser homosexual, sino heterosexual, pero como miembro del sexo opuesto. Por ello en sujetos con este tipo de trastorno inequívocamente demostrado que se practica justificadamente el tratamiento psicológico, farmacológico y quirúrgico encaminado a cambiarles de sexo y género, con lo que se corrige lo psicológicamente indeseado.

Transvestismo fetichista: sin ser homosexual el sujeto alcanza su mayor excitación y satisfacción erótica cuando viste con ropas del sexo opuesto. No debe confundirse con el transvestismo del homosexual o del transexual.

Fetichismo: la persona logra su gratificación y excitación sexuales más satisfactorias mediante el uso de algún objeto, prenda o pertenencia, el cual puede considerarse una extensión del cuerpo de un sujeto del otro sexo, tal como ropa interior, medias, zapatos o similares, en ocasiones ropas de determinada textura. El fetichista toma esos objetos para frotarse, olerlos, tocarlos y en su obtención puede incurrir en delitos contra la propiedad .

Exhibicionismo: En este trastorno el sujeto, generalmente un hombre, alcanza la mayor satisfacción sexual mostrando públicamente sus genitales a otros, generalmente hembras. Obsérvese que estas prácticas son en lugares públicos, pero de forma que topográficamente tengan garantizada la huida. En menos casos lo hacen de forma que parezca un descuido o accidente, pero rara vez a riesgo total, con lo que se demuestra el anterior planteamiento de selección conductual que niega que estas conductas transcurran por una desorganización de la personalidad o de forma incoercible.

El exhibicionista incurrirá en delito por varias vías, incluso el modo de ejecución y otras acciones o contenidos verbales que añadan al acto, la persistencia sobre determinada persona, o la selección de menores de edad, pueden trascender más allá del simple escándalo al acoso sexual o la corrupción de menores.

Escoptofilia (Vouyerismo): En este trastorno el sujeto alcanza su máxima y más satisfactoria experiencia sexual cuando espía a otras personas en actos íntimos como desnudarse, bañarse o tener relaciones sexuales. A diferencia del exhibicionista el vouyerista quiere mirar, no ser observado.

Paidofilia: El placer sexual más satisfactorio se alcanza en este trastorno por medio de la utilización de niños como objetos sexuales. Generalmente lo presenta un hombre y lo practica con una niña. La relación del pedófilo con sus víctimas no suele ser de cruenta violencia, sino basada en la participación colaborativa del niño, mediante el acercamiento, la conquista, la oferta y el compromiso para el pacto de silencio.. La Paidofilia siempre tipifica un delito de alta sanción..

En nuestra práctica hemos encontrado que en argumento de inocencia de los sospechosos de estos actos se invoquen una buena conducta social, ausencia de antecedentes de ese tipo, tener hijos en edad similar al de las víctimas, tener a su alcance todas las mujeres que deseen y similares. Lamentablemente pudiéramos citar ejemplos de autores demostrados de estos actos con cualquier edad, estado civil, nivel social, ocupación, status económico, profesión, perfil biográfico y similares parámetros, por lo que no hay nada que afirmar o negar con base en tales antecedentes.

Sadomasoquismo: Este trastorno consiste en que la fuente primordial de excitación y placer sexual para el sujeto está asociada a recibir o infringir dolor en la relación erótica. Los sado-masoquistas emplearan formas de producir dolor que no son peligrosas, al menos no en el sentido de poner en peligro la vida, no obstante lo cual pueden resultar lesiones, las que tendrán la peculiaridad de originarse en una actividad mutuamente acordada y disfrutada. De no ser así se estará en presencia de los delitos que derivan de la imposición de actividad sexual y se agravan si la víctima recibe lesiones, queda con secuelas o muere, solo que posiblemente en este otro caso se pueda establecer que el perpetrador habrá disfrutado utilizando una forma de violencia innecesaria, más allá de la suficiente para vencer la resistencia de la víctima.

Bestialismo o Zoofilia: El objeto sexual preferido, aún si está disponible el culturalmente adecuado para el sujeto, es un animal.

Frouterismo: Conocido también como “jamonero” en el argot popular cubano. En este caso el sujeto disfruta al friccionar su cuerpo contra el de otra persona, lo cual, una vez más, puede ser agradable para cualquiera, solo que en el caso de el froteur constituye la forma única o preferida de excitarse y satisfacerse sexualmente, y en ocasiones la practica sobre personas con la cual no tiene ningún vínculo previo ni con otro objetivo de cortejo, para lo cual se aprovecha de la permanencia en aglomeraciones o lugares angostos. Esta conducta puede llegar a tipificar delitos sexuales.

Necrofilia: preferencia por practicar la actividad sexual con cadáveres.

Gerontofilia: El objeto sexual preferido es una persona senil y sin atractivo para cualquier otro sujeto del mismo grupo social de pertenencia.

Hipoxifilia: La experiencia sexual más satisfactoria o la única experiencia sexual satisfactoria, se obtiene asociada a la sensación de asfixia . En ocasiones el sujeto muere por accidente durante esta práctica.

Envío de cartas y llamadas telefónicas obscenas: El sujeto se excita sexualmente de forma selectiva y preferida, cuando anónimamente escribe cartas -o realiza llamadas telefónicas- de contenido obsceno.

Análisis médico legal: estos trastornos pueden determinar una amplia gama de hechos de interés penal cuando su materialización tipifique delitos. La investigación judicial tendrá que solucionar desde lesiones graves y muertes de personas por accidentes u homicidios, hasta escándalos, atentados al pudor, actos deshonestos y acoso, pasando por corrupción de menores y los hurtos del fetichista, entre otros; todos ellos generados en sus peculiares impulsos sexuales, pero la integridad del resto de sus funciones psicológicas implica a su vez la integridad de los factores subjetivos del delito en que incurran, por lo que en su resultarán plenamente imputables, aptos para la prisión y para sufrir las acciones penales que deriven de su status de acusados o reclusos. Obviamente ni son causa de indefensión ni de incapacidad civil.

XII- TRASTORNOS DE LOS HABITOS Y EL CONTROL DE IMPULSOS:

Agrupan a una serie heterogénea de conductas nocivas para el propio sujeto o para los demás, las que se producen por la decisión de satisfacer determinados deseos experimentados por el sujeto.

En la práctica judicial estos trastornos son más errónea o tendenciosamente invocados que acertadamente diagnosticados, ya que se plantea su hipotética existencia para tratar de convertir en “patológica” a determinada conducta que se desea “justificar”. En consecuencia, debe diferenciarse al trastorno en sí de aquellos que se le pueden parecer, pero no lo son.

Cleptomanía: **En la Cleptomanía el sujeto, sin cómplices, incide en una serie de pequeños hurtos, con los que satisface la necesidad de apropiarse para sí de determinados objetos que carecen de valor material.**

Por tanto, la motivación para la ejecución de estos actos nunca es el lucro, ni siquiera el uso, pues estos objetos, luego de ser obtenidos, son botados, regalados o escondidos. Ellos pueden ser, por ejemplo, ceniceros, bolígrafos, lápices, pequeños adornos y similares.

En lo subjetivo el cleptómano no vivencia la contradicción interna de estar cometiendo un delito, pues no desea apropiarse de algo cuya pérdida resulte patrimonialmente trascendente

para alguien, por lo que su debate transcurre en el plano del riesgo moral y no requiere de falta de control y juicio para pasar al acto.

No se trata de un simple robo cometido por una persona que “no tiene necesidad de hacerlo”. En ocasiones se ha intentado erróneamente plantear este diagnóstico, por ejemplo, en casos de personas solventes que acostumbran a robar mercancías en tiendas y en otros similares que pudieran deberse a algún otro trastorno o rasgo de personalidad – como la tacañería- o “diversión de cuello blanco” o representar peculiares malos hábitos, pero no Cleptomanía.

Análisis médico legal: solo resulta de interés a los fines de la inimputabilidad, y aún en este aspecto resulta dudoso que el habitual escaso valor de los objetos sustraídos tipifique un delito, salvo que por desconocimiento o error el cleptómano se apodere de un objeto aparentemente intrascendente, pero realmente de valor. Por ello los actos del cleptómano o no llegan a ser delito o se producen al amparo del error, pero si se llegara a plantear el problema, no pudiera considerárseles inimputables..

Piromanía: En ella el sujeto cede al impulso de dar fuego a propiedades y objetos, sin otro deseo que el disfrutar el incendio en suerte de espectáculo, ajeno a intenciones de venganza, lucro, terrorismo, ganancia o similares.

La manifestación conductual misma de estos trastornos, transita por la tipificación delictiva. El asunto fundamental en ellos es que se deben a un impulso patológico, pero la acción es materializada por una personalidad íntegra que asiste, prepara, ejecuta y oculta su autoría, por lo que nunca se le consideraría como inimputable, aunque la demostración de que la acción se debe a un impulso pirómano, excluye de la intencionalidad del delito variantes que implicarían un tratamiento penal más severo, como el terrorismo o el sabotaje.