

INSTITUTO DE ESPAÑA  
REAL ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

---

LA RESPONSABILIDAD PENAL  
DEL ENFERMO MENTAL

DISCURSO

para la recepción pública del Académico electo

EXCMO. SR. DR. D. JUAN J. LOPEZ IBOR

leído el día 5 de junio de 1951

y contestación del Académico numerario

EXCMO. SR. DR. D. PEDRO LAIN ENTRALGO



MADRID.—COSANO.—1951

INSTITUTO DE ESPAÑA  
REAL ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

LA RESPONSABILIDAD PENAL  
DEL ENFERMO MENTAL

DISCURSO

para la recepción pública del Académico electo

EXCMO. SR. DR. D. JUAN J. LOPEZ IBOR

leído el día 5 de junio de 1951

y contestación del Académico numerario

EXCMO. SR. DR. D. PEDRO LAIN ENTRALGO



MADRID.—COSANO.—1951

IMP. ACQUINO V. 1. 1914

LA RESPONSABILIDAD PENAL  
DEL ENFERMO MENTAL

CONSEJO DE ENFERMEROS

INSTITUTO DE ESPAÑA  
REAL ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

LA RESPONSABILIDAD PENAL  
DEL ENFERMO MENTAL

DISCURSO

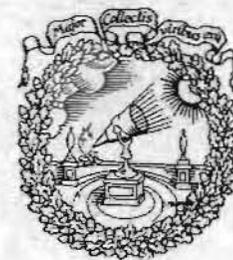
para la recepción pública del Académico electo

EXCMO. SR. DR. D. JUAN J. LOPEZ IBOR

leído el día 5 de junio de 1951

y contestación del Académico numerario

EXCMO. SR. DR. D. PEDRO LAIN ENTRALGO



MADRID.--COSANO.--1951

*Señores Académicos:*

*Señoras y señores:*

*¿Qué significa para mí este solemne acto de ingresar en la Real Academia Nacional de Medicina, de entrar a formar parte de su cuerpo vivo? Las Academias tienen sus funciones específicamente señaladas en sus reglamentos. Pero, por debajo de ellas, como savia interior de su vida misma, se halla la de incorporar la tradición a la vida actual. El ingresar en la Academia supone, pues, participar de un modo personal y directo en esa continuidad histórica. De ahí que el honor que me habéis concedido al elegirme alcance a más que a un simple nombramiento. De ahí, también, que mi agradecimiento sea más profundo; al expresarlo públicamente, cumplo un rito tradicional que es, a la vez, un sentimiento vivo en mi espíritu.*

#### D. ANTONIO GARCÍA TAPIA

Conocí personalmente a D. Antonio García Tapia en los últimos años de su vida. En su figura menuda destacaba el fulgor de su mirada. Todo en ella hablaba de una reciedumbre interior. Ante él, me hacía una pregunta que suelo dirigirme ante toda personalidad que llama mi atención: «Si no hubiese sido otorrinolaringólogo, ¿qué hubiera podido ser?» Me parece que en la respuesta a tal pregunta se encuentra la clave de muchas personalidades. En D. Antonio García Tapia, la respuesta era evidente: hubiera sido «fundador» o «colonizador». Estaba hecho de la madera de los grandes fundadores o colonizadores. Si hubiera existido en otro tiempo, hubiese realizado una obra que, en su estructura, hubiera resultado pareja con la que efectuó. Hay quien nace con impulso a crear y a dominar sobre lo creado. Lo mismo da que la tarea se muestre en forma de isla desconocida, de tribu primitiva o de especialidad científica. Con D. Antonio García Tapia, la Otorrinolaringología experimenta el salto que la convierte de especialidad poco cultivada y casi inexistente, en una de las más brillantes, fecundas y valiosas de nuestra Medicina actual.

Ved, además, cómo se realiza el proceso. Comienzos duros, aprendizaje difícil, elementos que se toman de aquí y de allá. No era D. Antonio heredero directo de ninguna escuela. Se repetía el hecho tantas veces acaecido—y comentado—en nuestro país. En España, país tradicional por antonomasia, donde se conservan tan puras ciertas formas de vivir ya pasadas, sólo porque fueron pasadas, no existe la tradición científica. Cada cual empieza casi de nuevo,

sin que nadie le legue una antorcha que nadie encontró encendida. Esta circunstancia determina en el neófito científico un cierto complejo de inferioridad. D. Antonio García Tapia fué a Londres para asistir al Centenario de Manuel García, en representación de la Academia Médico-Quirúrgica Española. Publica en 1905 un libro sobre *Manuel García, su influencia en la Laringología y en el Arte del Canto*. En él se encuentra una amplia referencia de los actos del Centenario; se siente orgulloso de que un español haya dado pie al nacimiento de la Laringología y entre tantos primates de la ciencia se siente anonadado. «Yo tuve el extraordinario honor, cuyo recuerdo no me enorgullece, sino que me anonada, porque me pareció una irreverencia, de estar sentado frente al Profesor Chiari (de Viena)...». Y más adelante: «Del ensimismamiento que, naturalmente, hubo de causarme la estrecha vecindad de hombres tan preclaros...» Preclaros ellos, pero preclaro también él. Años más tarde, en 1932, preside el Congreso Internacional de Otorrinolaringología. Por entonces, su obra estaba hecha, había dado su nombre a un síndrome y a una operación, había fundado una Revista, había publicado numerosos trabajos y como profesional había logrado un éxito no superable. Es decir, lo que no le dió la tradición, lo que no pudo heredar como Delfín de ningún reino, lo conquistó paso a paso, pero con impetu seguro. Había llegado a ser *primus inter pares* y ya podía sentarse a cualquier mesa honrándola él mismo con su presencia.

En la antología de sus trabajos científicos, publicada con motivo de su jubilación por sus discípulos y compañeros, se encuentra una selección de los más importantes. La Antología lleva un prólogo humano y encendido de Mazañón: «Vais a leer, los que paséis la vista por estas páginas preliminares a una obra ingente, el esquema de una vida ejemplar». En el *Boletín de la Real Academia de Medicina* se inserta una lista de sus trabajos, cargos y condecoraciones. Por tanto, es innecesario que yo repita ahora los datos allí contenidos.

Pero sí me importa señalar, precisamente por lo que tienen de ejemplares, algunas otras nevaduras de su obra.

Su calidad de fundador rebasó el ámbito de la especialidad misma. En otra época, hubiese fundado una colonia en el Africa Ecuatorial o qué sé yo dónde; en ésta, ligado como estaba por su vocación a la Medicina, su impetu tenía que contenerse y dar sólo pequeñas muestras—en Ríaza, en Alicante, en el mismo Sanatorio Villa-Luz—de lo que era capaz. Muchas veces he hablado del carácter fundacional de la Medicina española, que mana de uno de los fontanares del modo de ser del español. Todo el ámbito del país se halla sembrado de fundaciones, algunas tan eminentes como la que hizo el P. Jofre, del primer manicomio. En este punto, D. Antonio García Tapia continúa la línea más auténtica del español.

La atracción por la figura de D. Manuel García se halla indudablemente dictada por alguna secreta analogía psicológica. D. Manuel García es un profesor de Canto que se hallaba irresistiblemente atraído por la necesidad de conocer los secretos de la laringe humana. Se aunaba en él, de un modo singular, el empirismo de una profesión con el auténtico deseo de conocimiento científico. Lo mismo ocurre en D. Antonio García Tapia. Práctico eminente, habilísimo cirujano, experto conocedor del enfermo, de sus males y de su psicología, todo ello no le bastaba. Y por eso pasó largos años de su vida dedicado a los problemas más abstractos de su especialidad. Su discurso de ingreso en esta Real Academia (1918) versó sobre «Las funciones del laberinto posterior y su exploración». Escrito en un limpio castellano, lleno de vigor, su lectura constituye, todavía hoy, un placer para la inteligencia. Como todo buen fundador, don Antonio tenía una mente organizada y organizadora: en sus trabajos científicos se adivina esa zarpa arquitectural, esquemática y constructiva que mostró en todos los actos de su vida.

Supo llevar su éxito profesional como debe llevarse: como una pesada carga llena de responsabilidad. «Pregun-

tad a los médicos más famosos—decía—o a los médicos de los magnates. Ellos os dirán las mil ocasiones en que hubieran cambiado su encumbrada posición, expuesta por lo mismo al más resonante de los fracasos y aun a las más injustas acusaciones, por la bien tranquila del más humilde de los trabajadores de laboratorio.» El médico, en esto, se parece al político. A medida que crece su fama, siente más aguda su responsabilidad. Si los enfermos se multiplican, también se multiplica su entrega, y cada acto de su profesión es un trozo de vida que deja en las manos de aquéllos. El acto médico, aun en su más puro aspecto técnico—una intervención quirúrgica—, tiene un carácter itinerante. Médico y enfermo caminan juntos, juntan sus vidas aunque sea por corto trecho, y en ese contacto, es el médico quien generosamente da no sólo su ciencia, sino su vida misma. Por eso fatiga tanto ser médico, y vemos a algunos, ya en la cumbre, como D. Antonio García Tapia, cansados, irremisible e irrevocablemente fatigados.

Le vi por última vez cuando ya se hallaba próximo a su fin. Su organismo era como un barco que se resquebrajase después de largas, penosas y difíciles navegaciones; pero había algo que siempre me impresionaba—lo que vi en él la primera vez—, el fulgor de su mirada, trasunto del fulgor de su espíritu. Porque en aquel cuerpo pequeño, débil y a punto de desmantelarse, anidaba un espíritu poderoso y lúcido, que no se resignaba con facilidad a que le fallasen sus instrumentos. Su llama seguirá ardiendo viva en nuestro recuerdo y siempre veremos en él un hombre ejemplar en la Medicina española, del que hablaremos de vez en cuando a nuestros hijos, a nuestros colaboradores y a nuestros discípulos, para que su recuerdo perviva también en ellos.

## LA FORMULA PENAL

El Código penal de 1944, que es el vigente, en fórmula transcrita de su anterior, el Código de 1932, dice:

«Están exentos de responsabilidad criminal: el enajenado y el que se halla en situación de trastorno mental transitorio, a no ser que éste haya sido buscado de propósito para delinquir.»

«Cuando el enajenado hubiese cometido un hecho que la Ley sancione como delito, el Tribunal decretará su internamiento en uno de los hospitales destinados a los enfermos de aquella clase, del cual no podrá salir sin previa autorización del Tribunal.»

## EL ENAJENADO

El uso de la palabra «enajenado», tomada del lenguaje popular y no técnico, constituye, sin duda alguna, un acierto, cuyo alcance voy a tratar de señalar.

Cuando se enajena una propiedad, ésta deja de ser mía y pasa a ser de otro. El enajenamiento supone, pues, que algo deja de pertenecer a uno mismo. En el hombre que se enajena, ese algo que deja de pertenecer a él son sus actos propios; porque no le pertenecen, el Código le declara irresponsable (1).

Existe aquí, implícita, toda una teoría de la persona humana, que conviene desentrañar. Frente a la realidad que

(1) *Ageno*. Latín *alienus, a, um.*, lo que es de otro y no nuestro. Lo que no es dado ni conviene a una persona, dezimos que le es ageno. Enagenar, dar a otro lo que es propio, suyo. Enagenación, la tal obra de enagenar, o dándola, o vendiéndola, o trocándola. Enagenado, el que está fuera de sentido.

(Del *Tesoro de la Lengua Castellana*, de Sebastián de Covarrubias, 1611.)

nos circunda, cada cual se afirma como un ser distinto de aquello que le rodea. La afirmación de esta autonomía equivale a la aserción de que existe en cada uno de nosotros un «yo» capaz de realizar unos actos, de mantener una conducta. El problema tiene un hondo calado filosófico; porque no es sólo que el «yo» sea propietario de unos actos, como puede ser propietario de un objeto, sino que el «yo» se afirma en su existencia por la vía de sus mismos actos. El «yo» existe en tanto en cuanto se realiza, y la realización supone la acción en cualquiera de los planos que se ejecute.

Si el «yo» existe en tanto en cuanto se realiza, es que puede realizarse en esta u otra forma, de esta o de aquella manera; es decir, puede elegir los diversos parámetros sobre los que construir las curvas de su acción. Si puede elegir, es que tiene libertad para hacerlo. En la intimidad personal se hallan intrínsecamente enlazadas la vivencia de la actividad del «yo» con la vivencia de su libertad; si en nuestra intimidad nos sentimos libres, también nos sentimos responsables de nuestra elección. Actividad, libertad, responsabilidad amanan del mismo núcleo de nuestra intimidad: son, digámoslo de una vez, nuestro modo peculiar de existir.

Pero, se dirá: el «yo» asienta en nuestro cuerpo. ¿Es que somos libres frente a nuestro cuerpo? El «yo» constituye una potencia activa que se mueve frente al mundo exterior y frente al mundo interior. Del mundo exterior nos vienen los estímulos físicos, los móviles interhumanos; del mundo interior nos vienen los impulsos instintivos. Aquí encuentra el «yo» sus fronteras; pero es un error creer que el «yo» es un puro resultado de la coalición de las formas exteriores e interiores, como un centro de reflexión. El «yo» posee la efectividad suficiente para asimilar y dirigir, dentro de ciertos límites, los impactos externos e internos. Estos límites son los que constituyen la vida personal. Frente a los impulsos internos, a los que emanan de la personalidad, el «yo» decide absorberlos, alentarlos o inhibir-

los, según concuerden más o menos con su proyecto vital. El «yo» los tiene en cuenta y los necesita, pero no se disuelve en ellos. El instinto logra que en cada acto humano se proyecte lo que de somático, orgánico y automático hay en el hombre; pero el verdadero acto humano, aun en sus grados inferiores, muestra siempre la punta buida de su autor, que, en el fondo, es la punta del espíritu clavada en la carne.

Nacemos, maduramos y envejecemos. Muchas de nuestras células han cambiado. Exceptuando las neuronas, ¿cuántas de aquellas con que venimos al mundo subsistirán cuando descendamos a la tumba? El niño vive en su instante presente una vida siempre nueva y rica. El anciano se halla oprimido por su pasado. A lo largo de los años, el ser humano se comporta como un nómada en la vida. Pero, a pesar de tanta variación, algo hay que siempre persiste. Y ese algo no es accidental, sino sustancial, la sustancia misma de cada uno que forma—utilizando la expresión senequista de Ganivet—, su eje interno. El «yo», pues, mantiene a lo largo de la vida la identidad de sus proyectos de acción, por múltiples y variados que sean. *Esta identidad concede a cada vida humana un cierto sentido.* Cada acto humano se halla engendrado por el antecesor, pero supone una anticipación del venidero.

Todo eso es, pues, la inmensa propiedad del «yo». Tiene sus límites en el mundo físico externo y en el físico interno, pero dentro de su espacio vital se mantiene libre, y por su libertad engendra de un modo continuamente renovado su proyecto de vida, que le es peculiar y propio.

*Hay veces, empero, en que esa actividad del «yo» no le es propia; su actividad se ha enajenado.* Es la locura, la enfermedad mental. Enfermo mental es aquel cuyos actos resultan ajenos, extraños, fuera de su propia vida o camino. En los diversos vocablos que se emplean para designar al enfermo mental, se contiene esa idea (por ejemplo, desvariar, desquiciar, delirar, etc.).

## PSICOSIS, PSICOPATIAS Y NEUROSIS

En términos técnicos, los trastornos mentales pueden agruparse bajo tres grandes rúbricas: las psicosis, las personalidades psicopáticas y las neurosis o reacciones vivenciales. Las psicosis son las auténticas enfermedades mentales. Las personalidades psicopáticas son variantes de la personalidad, y las neurosis o reacciones vivenciales anormales son modos de elaborar anómalamente estímulos emocionales.

Las psicosis se han constituido—tras una larga, penosa y dubitativa peregrinación nosológica—sobre el esquema de las enfermedades somáticas. De este modo resulta que las psicosis son enfermedades somáticas en las que los síntomas psíquicos adquieren la prevalencia. Un tuberculoso pulmonar puede tener una ligera euforia; esta modificación de su psiquismo no constituye todavía una auténtica psicosis. En la psicosis, la sintomatología psíquica ocupa el primer plano, como, por ejemplo, ocurre en la parálisis general. Esto no quiere decir que sea lo más característico, ni la piedra de toque para el diagnóstico. En la misma parálisis general, los síntomas sobre los que se apoya el diagnóstico son, en buena parte, somáticos (rigidez pupilar a la luz, disartria, reacciones específicas del líquido, etc.); pero lo que concede definitivamente el carácter de parálisis general al cuadro clínico es, a la postre, la sintomatología psíquica.

Aparte de la psicosis, cuyo correlato somático es conocido, existen otras cuya base somática *se presupone*: me refiero a la esquizofrenia y a la psicosis maniaco-depresiva. En ellas, la sintomatología psíquica es no sólo prevalente, sino exclusiva. Los síntomas somáticos que pueden acompañarlas no son siquiera de segundo plano. Y, sin embargo, por analogía a lo que ocurre con las otras psicosis, se les supone una base somática y se espera que la investigación logre un día ponerla al descubierto.

Ambos subgrupos de enfermedades, tengan o no una

base somática conocida, se diferencian profunda y, casi radicalmente, de los otros dos, a saber: de las personalidades psicopáticas y de las neurosis o alteraciones psicorreactivas. En aquéllas, *en las auténticas psicosis, la continuidad de sentido de la vida ha experimentado una quiebra.*

He aquí cómo quedan enlazadas estas reflexiones con las anteriores. La realización por el «yo» de un proyecto vital en el cual mantiene su identidad consigo mismo, indemne a cualesquiera vicisitudes que atravesase, es, en definitiva, realizar una forma de vida *con sentido*. Los actos de la vida psíquica se caracterizan por hallarse ensamblados unos con otros formando una estructura, según la terminología de DILTHEY y SPRINGER. La relación que ofrecen los diversos miembros de la estructura se halla constituida por aquel lazo espiritual que se llama *tener sentido*. El acto aislado se halla siempre *referido* a la totalidad *y posee un valor* en cuanto pertenece a ella. Los actos de nuestra vida individual se hallan siempre referidos a la totalidad de nuestro proyecto de vida, responden a él. Cada acto surge del otro como un lobezno de un lobo, creado por él; por eso nace cargado con un pasado—una especie de intrahistoria personal—y suspendido de un porvenir que ya está en él en cuanto proyecta el acto siguiente.

Todo esto forma, pues, una estructura *comprensible*. En la psicopatología actual se barajan mucho, desde JASPERS, los términos de comprender y explicar. Su importancia es capital para el problema a que nos estamos refiriendo. La explicación es el método de la ciencia natural. Un fenómeno físico A es la causa de otro B. La relación de causa a efecto se incluye en la categoría de la explicación. Se explica la reflexión de la luz, el origen de la lluvia, la caída de un cuerpo pesado. La vida psíquica, por el contrario, la auténtica vida psíquica, no puede explicarse, sino comprenderse. No se explica que yo lea ahora mi discurso como un fenómeno físico. Podría leerlo o no leerlo, podrían ustedes escucharlo o no. La lectura de mi discurso no tiene *una causa, sino un motivo*. La relación entre motivo y ac-

ción se comprende, no se explica. En el ser humano se dan ambas series de fenómenos. El corazón se acelera por un esfuerzo: también puede acelerarse por una noticia que reciba. La noticia consta de unas palabras que oigo: el componente físico, la vibración aérea no es, en este caso, la promotora de la aceleración cardíaca, sino su *contenido*, lo que las palabras *significan* en forma de noticia alegre o triste.

Hay dos formas esenciales de comprensión psicológica: en una, tratase de *revivir en nosotros mismos* la relación vivencial del ser que examinamos. En la otra, se intenta descubrir el *sentido* de la vivencia, engarzándola en una estructura psíquica, en una totalidad psíquica.

La diferencia entre comprender y explicar ha servido, precisamente, para aislar las psicosis auténticas de las reacciones vivenciales anormales. En las reacciones vivenciales, las neurosis, nos encontramos con reacciones comprensibles. Las psicosis esquivan siempre a la total comprensión, por eso nos resultan extrañas o absurdas, «incomprensibles». Los síntomas de las psicosis serán secundarios o primarios, según sean o no comprensibles. Los síntomas primarios no son comprensibles, sino explicables y, por lo tanto, debemos referirnos siempre a su soporte somático, a su *somatosis*.

He aquí, pues por qué el psicótico, cuando realiza un acto criminal como manifestación de su conducta psicótica, es irresponsable. La psicosis ha quebrado la continuidad de sentido de su vida psíquica. *La estructura se ha roto; el acto ya no es un miembro de aquella estructura, sino algo que no es propio—en esta ultimidad psicológica—del sujeto que lo realiza. El acto es la manifestación de la conducta de un enajenado.*

Lo que ha roto la estructura es la corporalidad enferma. El esquizofrénico que mata a su hermano porque ve en él un gesto preñado de amenazas de muerte, ha obrado así porque su proceso somático morboso le ha infiltrado una significación anómala a un gesto inocuo: significa-

ción anómala que no es única, sino que va envuelta en un mundo de significaciones análogas. La hostilidad supuesta de aquel ser humano, en este caso, era simplemente un eslabón más en una cadena de hostilidades del mundo que le rodeaba.

En principio, pues, las psicosis constituyen eximentes de responsabilidad. Los psicóticos son los enajenados, en el sentido del Código Penal. Es necesario, sin embargo, hacer una salvedad. La psicosis ha de ser diagnosticada como tal, es decir, por la existencia de una sintomatología psíquica puramente. Un sífilítico con una rigidez pupilar y un líquido céfalorraquídeo positivo, puede ser o no ser todavía un paralítico general. Más adelante precisaremos algunos puntos al examinar las diversas enfermedades.

PEDRO MATA, en la segunda edición de su *Tratado de Medicina Legal* (1846), establece unos criterios para el diagnóstico diferencial entre pasión y locura, cuya línea fundamental coincide con la que acabo de señalar (1). Estos criterios elaborados «entregándose día y noche al profundo estudio de este difícilísimo problema» son:

«1.º El acto cuerdo o apasionado tiene una razón moral, un porqué, un motivo razonable; el acto loco carece de él. 2.º El acto cuerdo tiene historia; el loco, no. 3.º El acto cuerdo no está aislado de otros iguales, análogos o que le preparen; el loco, sí. 4.º El acto cuerdo se ejecuta con plan, más o menos rápidamente concebido, y puede tener cómplices; el acto loco no suele tener plan y nunca hay cómplices. 5.º En el acto cuerdo hay relaciones entre él y las condiciones orgánicas y sociales del autor; en el loco, faltan. 6.º El acto cuerdo lleva consigo una intención relativa y refleja; el loco la tiene absoluta y directa. 7.º En el acto cuerdo hay siempre armonía entre las ideas y voluntad del autor y lo que ejecuta; en el loco, falta o puede faltar esa armonía; en muchos casos, hay completa dis-

(1) Véase, además, TOMÁS CARRERAS ARNAU: *Médicos-filósofos españoles del siglo XIX*.

(Consejo Superior de Investigaciones Científicas. 1950.)

»cordancia. 8.º El acto cuerdo revela hábito, ya que no de  
»otros iguales, de otros análogos; el acto loco jamás es  
»efecto de hábito alguno. 9.º En el acto cuerdo, es lo más  
»común que el sujeto huya el castigo, se sustraiga a la  
»mano de la justicia y sienta los remordimientos de lo que  
»ha hecho; en el loco, no sucede eso más que rara vez, no  
»huyen, no niegan el hecho y a muchos no les causa senti-  
»miento alguno.»

Cierto es que muchas de estas notas distintivas quedan en la superficie y no alcanzan la medula del problema; pero su línea general sí la logra, con aguda penetración. Lo esencial es que el acto cuerdo tiene historia, y el loco, no. *Mejor diríamos que el acto cuerdo pertenece a una historia, y el loco, no*, quedando en la pura anécdota patológica. El acto cuerdo emana de una conducta que posee un sentido y en la cual se incluye el delito mismo; por ejemplo, la muerte del rival en una gran pasión amorosa. En cambio, el acto loco surge «insensatamente», ajeno a la propia historia individual. En su entraña misma, es, también, incomprensible y, por tanto, ahistórico, en tanto historia supone siempre tener un sentido.

#### PERSONALIDADES PSICOPÁTICAS

El concepto de personalidad psicopática no se puede incluir, según muchos autores, y especialmente según K. SCHNEIDER, en el de enfermedad. La cuestión alcanza su verdadera importancia cuando se consideran sus repercusiones sobre la Psiquiatría forense. Si llamamos enfermo mental a cualquier sujeto que presenta alguna anomalía psíquica, convertiremos al mundo en un inmenso manicomio. La exageración es evidente.

La enfermedad somática se caracteriza por la presencia de un trastorno orgánico o funcional que produce una disminución de la sensación de bienestar o de la capacidad vital. El concepto no se mantiene, como se ve, en puros términos de ciencia natural. Esto sólo se consigue cuando

se define la enfermedad como desviación del término medio, pero esta definición ha sido ya muchas veces criticada, para que de nuevo la enjuicemos ahora (por ejemplo, la caries dental es, en algunas colectividades, más frecuente que los dientes sanos).

Una enfermedad produce sensación de malestar o amenaza la vida o sus rendimientos, pero estas apreciaciones dependen de la idea que tengamos de la vida humana y de su finalidad. Existe en la anterior definición un primer término, el del trastorno funcional u orgánico, que constituye la medula de la definición de la enfermedad. Lo que ocurre es que entre la alteración fisiológica y patológica, la diferencia puede ser gradual, y el punto en que comienza lo verdaderamente morboso está determinado por la idea del fracaso del organismo, que, a su vez, depende de las exigencias a que lo sometemos, o de la idea que tengamos de estas exigencias.

Todas estas inseguridades aumentan cuando se trata de definir la enfermedad mental: porque el criterio del fracaso o éxito en lo psíquico se halla inseparablemente unido al de los valores sociales, que son más vagos, imprecisos, variables y difíciles de definir que los valores biológicos. Un hombre fanatizado por una idea resultaría normal en una sociedad que mantenga esa idea; anormal, en otras. Aun en la misma comunidad, las conveniencias y principios sociales pueden variar con los tiempos.

El criterio, pues, más seguro es el de atenerse, cuando sea posible, a la presencia de una enfermedad somática para el diagnóstico de una enfermedad psíquica. No es que el modelo de la enfermedad psíquica se construya sobre la somática, sino algo más: *que se exige su presencia o, al menos, se postula.* (K. SCHNEIDER.) Este es el criterio que ha permitido circunscribir, como hemos dicho antes, las auténticas psicosis.

Pero este criterio fracasa, al parecer, frente a las personalidades psicopáticas. No hay *enfermedad somática* que les sirva de trasfondo. Las personalidades psicopáticas son

personalidades anómalas. Es decir, que se desvían en más o en menos del término medio. Dentro de las personalidades anómalas, circunscribimos el grupo de las psicopáticas, que comprende aquellas que, precisamente *en virtud de su anormalidad*, sufren o hacen sufrir a la sociedad. Esta es la definición más comúnmente aceptada, y se debe a K. SCHNEIDER.

Conviene tener bien clara esta definición en su género próximo y en su específica diferencia cuando se trata de asuntos de Psiquiatría forense, porque nos permitirá delimitar los casos que son propiamente de la competencia psiquiátrica de los que no lo son. El género próximo habla de una variante constitucional (personalidad anómala); la diferencia específica habla de un conflicto individual o social, a consecuencia de aquella variante. Por eso se han dividido los psicópatas en dos grandes grupos: «los que fracasan» y «los que perturban». Los individuos que resultan anómalos socialmente no son forzosamente psicópatas; tal ocurre, por ejemplo, en los asociales en su conjunto, los vagabundos, las prostitutas y tantos otros grupos de gentes que viven en los alrededores de la comunidad social. Lo mismo podemos decir de los criminales. Existen criminales psicópatas y otros que no lo son. La conducta del criminal se aparta de la conducta social normal; pero para que calificamos a un criminal de psicópata se necesita que la anomalía de su personalidad sea, por decirlo así, previa a su criminalidad. La confusión entre criminal y psicópata es la que se halla implícita en la vieja tesis lombrosiana del criminal nato. No hay ningún criminal nato, sino psicópatas (o enfermos mentales) que cometen actos criminales.

Como se ve, el concepto de psicópata nos plantea el problema de la responsabilidad penal de otra manera. *El psicópata no es un verdadero enajenado*. Sus actos emanan de su personalidad como actos naturales a la misma. No se trata ya del acto extraño, absurdo, heteróclito, del salto en el vacío, que es el verdadero acto psicótico. La pre-

sencia de una psicopatía no tiene, pues, carácter eximente en términos forenses.

Sin embargo, un grave problema se plantea; porque, en fin de cuentas, no son seres normales. De ahí surgió la idea de la *responsabilidad atenuada* de los psicópatas. Rápidamente se vió que, en lugar de una solución, era un verdadero semillero de dificultades. El esquema lógico es el siguiente: el psicópata es *medio-normal*; por consiguiente debe tener una pena atenuada. Pero si la pena se atenúa, está en libertad más tiempo que el criminal; como quiera que su constitución le impulsa a una conducta asocial, la atenuación de su pena se convierte, quíerose o no, en una patente de corso. Más bien, desde el punto de vista de la profilaxis del crimen, el psicópata criminal debería estar más tiempo detenido o retenido que el criminal no psicópata; pero, además, debería estarlo en establecimientos especiales. Todas estas dificultades han quitado mucho vigor al empeño de los que se batían, sin condiciones, por la responsabilidad atenuada (véase sobre todo el libro de WILMANNs).

Desde el punto de vista de la imputabilidad, la cuestión ofrece nuevas dificultades: el tránsito entre el psicópata y la personalidad normal es paulatino. ¿Dónde establecer un límite de lo que cae bajo la esfera de acción del psiquiatra? *En la práctica, sólo los grados muy graves y complicados de psicopatía deben equipararse a los enajenados*. En esto las opiniones son contestes.

#### LA LIBERTAD DEL PSICOPATA FRENTE A SI MISMO

Quisiera, ahora, precisar algo más mis propias opiniones sobre problema tan importante. En las psicosis existen dos fragmentos ensamblados: uno, la enfermedad corporal que le sirve de soporte; otro, la quiebra en la estructura de la vida psíquica. Ambas se hallan, no superpuestas, sino intrínsecamente unidas. La mayoría de los psiquiatras profesan la tesis del paralelismo en la comprensión de las

relaciones psicofísicas o psicoscámicas, y para evitarse mayores objeciones, hablan de un paralelismo empírico. Las psicosis resultan, así consideradas, el correlato de las somatosis. De este modo se establecen los dos grandes grupos de trastornos mentales, con un abismo que los separa: de un lado, las psicosis; de otro, las anomalías psíquicas (personalidades psicopáticas y anomalías psicorreactivas). Son los frutos del más acerado cartesianismo, transportados al terreno de la Psiquiatría clínica.

Pero el caso es que esta postura ofrece dos flancos fácilmente atacables. Desde el punto de vista de la teoría, resulta más profunda y conforme a los hechos la tesis de la *unión sustancial* del alma y del cuerpo, que, formulada en términos psicológicos, quiere decir que cada acto humano—sano o morboso—se halla embebido por una presencia corporal y una presencia espiritual. Desde el punto de vista clínico, la separación entre psicosis y personalidades psicopáticas no puede hacerse de un modo tan tajante. Existen en los períodos de comienzo de algunas psicosis, alteraciones de la conducta que se imponen como psicopáticas. En la senilidad se han descrito las alteraciones seniles del carácter (SCHEID); en la fase preliminar de la parálisis general también existen alteraciones de la conducta que no alcanzan la profundidad de las psicóticas. El alcohol y otros tóxicos pueden provocar acciones parecidas. En todos estos casos, la estructura de la vida psíquica, su continuidad de sentido, no se halla quebrada; a lo más, amenazada.

En las psicosis endógenas (esquizofrenias y psicosis maniacodepresivas), el problema se plantea más agudamente. Frente a la tesis de SCHNEIDER, de separar tajantemente psicosis y psicopatía (por ej., depresión endógena y personalidad psicopática), se mantiene por KRETSCHMER la tesis de la transición gradual entre normalidad y psicosis de este modo:

Ciclotimia → cicloide → psicosis maniacodepresiva.

Esquizotimia → esquizoide → esquizofrenia.

Los ciclotímicos y los esquizotímicos serían variantes temperamentales dentro de la normalidad; los cicloides y esquizoides, variantes psicopáticos, y, al final, se instalarían las auténticas psicosis. El que se exija o no la existencia de un nuevo factor somático que desencadene las psicosis, es secundario desde el punto de vista del tránsito gradual, por acentuación del cuadro psíquico entre los diversos términos de la serie. No vamos a detenernos ahora en la crítica de la tesis de KRETSCHMER, que se ha hecho muchas veces hasta lograr desmantelarlas en sus trabantes fundamentales. Aun los que admiten el tipo esquizoide como tipo clínico y no sólo como construcción teórica, se ven forzados a reconocer que no constituye un antecedente necesario de la esquizofrenia. Hay muchos esquizofrénicos cuya personalidad anterior es anómala, sin ofrecer, precisamente, los rasgos del esquizoide.

El tránsito entre la normalidad y la psicosis maniacodepresiva es para mí, evidente, en contra de la opinión de K. SCHNEIDER. En esto me mantengo junto a la opinión clásica de BUMKE, si bien por razones distintas. SCHNEIDER define la depresión endógena (melancolía) como una depresión de los sentimientos vitales. La *tristeza vital* es distinta, radicalmente distinta, de la tristeza motivada; por ejemplo, de la tristeza que nos produce la noticia de una desgracia. La primera es una tristeza endógena, sin motivo exterior, que surge como una condensación que procediese de los propios plasmas vitales. Pero, a mi modo de ver, los sentimientos vitales existen en todos los seres, y, por consiguiente, también la tristeza vital. Nos levantamos a veces de mal humor, sin saber por qué. Unos días será una impresión mantenida en la zona esférica de nuestra conciencia la que nos mantiene ese buen humor de ignota provocación; pero, otros, el mal humor proviene de este nuestro humilde y asendereado cuerpo.

Esta patología de los sentimientos vitales es la que me ha llevado a la descripción del *círculo timopático* en una forma más extensa y exhaustiva—no sé si más acerta-

da—que la que se ha hecho hasta ahora. En él quedan adscritos a un mismo círculo distintos tipos de alteraciones morbosas, desde las personalidades psicopáticas a las depresiones endógenas, sin que se puedan establecer hiatus insalvables entre ellas.

*La clínica, pues, nos enseña que no puede mantenerse de un modo tajante y absoluto la distinción entre psicosis y personalidades psicopáticas, si bien, en principio, subsiste y tiene validez. En las psicosis, el soporte somático provoca el trastorno psíquico; en las personalidades psicopáticas, la correlación se establece en otra forma.*

Efectivamente: hemos visto que las personalidades psicopáticas son personalidades anormales. La anomalía no es sólo psíquica, sino que, indudablemente, es algo más. La anomalía psíquica pura existe sólo en la descripción de la realidad—en la teoría—, no en la realidad misma. Lo que existe es una persona anómala, y si escudriñamos lo que es una persona anómala, nos veremos lanzados a analizar sus entretelas temperamentales e instintivas. Bajo el nombre de personalidad de un ser humano, se comprende la totalidad de su sentir, desear y querer; pero esta estructura no puede considerarse independientemente de la estructura vital e instintiva, puesto que asienta firmemente sobre ella.

En las personalidades psicopáticas, son las anomalías de estas estructuras vitales e instintivas las que condicionan su vida. Realizan su proyecto vital, pero esta realización se halla más condicionada por su ser instintivo-vital que en las personalidades normales. Cuando se elige, como criterio de personalidad normal, el estadístico—la personalidad media—, no se sigue un puro concepto natural; porque cierto es que la personalidad media es la más frecuente, pero los límites con las zonas extremas, ¿dónde se sitúan? Y, en cada caso particular, ¿cómo se establecen? Para el conjunto se halla implícita una cierta idea de lo que es la persona media, el hombre de la calle. El criterio de normalidad resulta siempre un criterio mixto, mitad

estadístico, mitad valorativo. No es la idea del hombre como arquetipo—héroe, santo o sabio—la elegida, sino *el arquetipo del hombre medio*. Quiérase o no, existe aquí un criterio de valor, una apreciación. Lo mismo sucede en el caso individual.

En esa personalidad media, su conjunto resulta lo suficientemente armónico y flexible para hacer un proyecto vital. El proyecto vital del psicópata se halla limitado y condicionado por su anomalía instintivo-vital, que no es puramente somática, sino que atañe a su soma en cuanto a constitución y a ciertos determinantes energéticos de su personalidad. El psicópata inestable, por ejemplo, carece de la necesaria tensión en el desarrollo de su personalidad para empujarle en la dirección de la madurez. Vive, como los niños, en el momento. Realiza sus actos sin pensar en sus consecuencias, llevado del estímulo que recibe. El psicópata fanático, por el contrario, transforma una idea en un esquema de vida, en el cual quiere sumergir su propia vida y la de los demás.

*El coeficiente de libertad interna se halla, pues, no abolido, como en los actos de los enajenados, pero sí reducido. La reducción será mayor o menor, según las valencias psicopáticas de su personalidad. La conducta será más o menos psicopática, según esté más o menos grávida de desviaciones instintivo-vitales, aparte, naturalmente, la influencia del medio exterior. Este criterio de la mayor o menor libertad frente a sí mismo, de lo que su constitución le impone, es el que nos permitirá medir el grado de psicopatía. Ya sé que ésta es una apreciación. En el mundo del hombre nos movemos no sólo entre cuantos, sino entre apreciaciones. En la Medicina, nos pasa esto muchas veces.*

El perito que presente ante los Tribunales un caso de un psicópata que haya cometido un acto delictivo deberá hacer patente ante el juez todas estas cuestiones, en torno a las cuales expresará su apreciación personal:

a) en primer término, no se trata de casos de autén-

tica enajenación, en los que un dictamen puede ser más claro y tajante;

b) en segundo término, se trata de hacer una estimación de una conducta humana, variante por su intensidad de la conducta humana media, y que sólo en los grados extremos de la misma pueden equipararse a la enajenación;

c) en tercer término, el perito se planteará como problema psicológico el siguiente: *¿Hasta qué punto—dada su personalidad—podía haber obrado de otro modo? ¿Hasta qué punto ha sido libre frente a sí mismo?*

### EL TRASTORNO MENTAL TRANSITORIO

El Código Penal español hace una separación clara entre las consecuencias de eximir de responsabilidad por enajenación o por trastorno mental transitorio. En el primer caso, ordena el internamiento «en uno de los hospitales destinados a los enfermos de aquella clase, del cual no podrá salir sin previa autorización del mismo Tribunal». En el segundo caso, el internamiento no se halla explícitamente ordenado.

A pesar de los numerosos y excelentes trabajos publicados sobre el trastorno mental transitorio (ALBERCA, FERRER SAMA, DEL ROSAL, LÓPEZ SAIZ y CODON), resultan todavía oportunos unos esclarecimientos. Yo mismo publiqué, hace ya bastantes años, un trabajo sobre el tema, al que ahora quisiera aportar algunas correcciones.

El trastorno mental transitorio vendría a ser, en el espíritu del legislador, una enajenación pasajera. Realmente, muchas enajenaciones auténticas se presentan con carácter de transitoriedad. Puede haber un breve episodio catatónico o un estado crepuscular epiléptico, en los cuales se cometa un acto criminal. La inclusión del enfermo bajo la rúbrica de la enajenación o del trastorno transitorio sería indiferente, dado el punto de vista psiquiátrico, aunque no lo fuera desde el punto de vista forense, según

conviniere o no su internamiento, por orden judicial, en un establecimiento psiquiátrico.

La elasticidad de la denominación es tal, que cabría incluir en ella todas las otras psicosis que no condujeran a la demencia o que dejaran alteraciones profundas en la personalidad. Una fase melancólica es un trastorno mental transitorio, y un brote esquizofrénico que curse sin secuela lo es también, como lo puede ser una psicosis febril delirante o una intoxicación.

Habida cuenta de esta equivalencia, cabría pensar en la inutilidad de la distinción establecida por la Ley entre enajenación y trastorno mental transitorio. Esta distinción hubiese sido justificada en el antiguo Código, que empleaba, en lugar de «enajenado», otras expresiones, tales como las de «imbécil o loco», que tienen un significado más restringido.

Sin embargo, no es así. La presencia del concepto de transitoriedad o de trastorno mental transitorio ofrece la ventaja de una mayor elasticidad en las consecuencias de la aplicación de la eximente. Supongamos un melancólico que ha cometido una tentativa de suicidio colectivo en un raptó. Durante la fase de instrucción ha pasado la melancolía, y en el momento del juicio es ya un hombre sano. ¿Debe internarse? La ventaja es, pues, clara.

Por otra parte, el trastorno mental transitorio amplía el área de la condición eximente de responsabilidad por fuera de las psicosis. Esta es una cuestión llena de peligrosas aristas.

En varias sentencias del Tribunal Supremo (1), se define el trastorno mental transitorio como «de causa inmediata, necesaria y fácilmente evidenciable, de aparición más o menos brusca, de duración, en general, no muy extensa, y que termina por la curación, sin dejar huella, producido por el choque psíquico de un agente exterior, cualquiera que sea la naturaleza». En esta definición se con-

(1) SS. del 26-I-1934, 31-I-1934, 15-III-1934 y 19-XII-1935.

tienen una serie de caracteres formales—agudeza, brusquedad, transitoriedad, etc.—que se sobrentienden. A mi modo de ver, la medula de la cuestión se halla en la fase «producido por un choque psíquico». Efectivamente, si el trastorno mental se halla producido por un agente físico, será una auténtica psicosis en tanto en cuanto es una enfermedad somática acompañada de una sintomatología psíquica; por ejemplo, la intoxicación alcohólica o una psicosis conmocional.

El problema es, pues, el de las reacciones vivenciales anómalas, que es como se llaman técnicamente los trastornos mentales producidos por un choque psíquico. En otra sentencia del Supremo se habla, refiriéndose al trastorno mental transitorio, de una «demencia pasajera, sea o no de origen morboso, en su sentido estricto, que, bajo el nombre común de trastornos mentales transitorios, agrupa, con auxilio de la ciencia, múltiples fenómenos perturbadores de la razón humana de efectos equiparables algunas veces a los de una locura momentánea, y dignos, por tanto, si se comprueban, de trato idéntico por parte de los juristas». La expresión «sea o no de origen morboso» debe entenderse, a mi juicio, equiparando el calificativo de morboso al de enfermedad somática. Es decir, según la jurisprudencia, resulta claro que, *bajo el título de trastorno mental transitorio, pueden ser incluidas ciertas reacciones vivenciales anormales.*

Las reacciones anómalas pueden presentarse en cualquier individuo normal. Un estímulo violento es capaz de provocar una reacción anómala. Las guerras, las revoluciones y las conmociones sociales han demostrado la capacidad de «histerificarse» que existe en el fondo de grandes contingentes de la humanidad. Aunque también ha demostrado lo contrario: la capacidad de resistencia, de no «histerificación», que alcanza a límites increíbles. En ambos modos de reaccionar vemos una muestra más de la constante proclividad paradójica de la naturaleza humana. Lo importante es el clima «moral» en que se desenvuel-

ve. Aparte de sus fenómenos colectivos, desde el punto de vista intelectual, la mayor o menor tendencia a las reacciones anómalas y a su propia morfología se halla anclada en la personalidad del individuo. La presencia de una reacción psíquica anómala demuestra, hasta cierto punto, la presencia de una personalidad también anómala.

Pero no cualquier clase de reacción psíquica anómala debe ser considerada como eximente. A mi modo de ver, se necesitan dos condiciones: una, de intensidad, y otra, de forma misma de la reacción. Sólo cuando ambas crean un estado *análogo* al de la enajenación constituirá una eximente. Raras veces se producen estas situaciones. El estado análogo al de la enajenación no puede producirse, según mi propia experiencia, más que cuando la reacción psíquica toma la forma de un *trastorno de la conciencia*. Sólo los estados crepusculares psicógenos caerían netamente dentro del concepto de trastorno mental transitorio (aparte de las enajenaciones o psicosis episódicas).

Como medida defensiva contra la apelación demasiado laxa de «trastorno mental transitorio», el Tribunal Supremo señala la necesidad de que el sujeto sea observado «a raíz de producirse el supuesto delito» (1). Esta precaución es oportuna, pero conviene también hacer constar que raramente una reacción anómala se manifestará tan sólo en el hecho delictivo, como tampoco ocurre esto en un episodio psicótico pasajero. Si es posible realizar una encuesta minuciosa sobre toda la conducta del supuesto enfermo, antes, durante y después de la realización del hecho, muchas veces se podrán obtener datos suficientes para establecer un dictamen definitivo. En cambio, en la mayoría de los casos, apenas bastará con la observación del autor del hecho, sino que se requerirá un conocimiento de todos los datos aportados en las pruebas testificales.

El ejemplo típico de trastorno mental transitorio es el *estado crepuscular* epiléptico (2). Como quiera que la Psi-

(1) SS. 15-III-1934.

(2) Los trastornos psíquicos de la hipoglucemia podrían analogarse a éstos.

quiatria emplea la misma denominación para ciertos trastornos de la conciencia determinados psicógenamente (estados crepusculares histéricos), podría pensarse que en ambos casos se ha de aplicar el mismo criterio forense. Y no es así, por la diferencia psicopatológica que existe entre ambos estados.

En el estado crepuscular epiléptico coexisten dos concatenaciones psíquicas. En estado normal, cada impresión recibida penetra en el fondo vivencial común, algo así como la *durée* bergsoniana. Cada decisión tomada emana de él. Existe, pues, una rigurosa continuidad o concatenación de la vida psíquica. En el estado crepuscular epiléptico no existe una disminución de la claridad de la conciencia, sino una alteración de aquel fondo de la conciencia, de tal suerte, que aquella concatenación de sucesos de la vida psíquica se ve interrumpida por otra serie anómala de percepciones mal interpretadas o defectuosamente configuradas, de decisiones abruptas, inmotivadas, como puras descargas impulsivas. Ambas series, normal y anormal, de sucesos se envuelven en una característica común: la amnesia para casi todo lo acaecido en el período crepuscular. Es, pues, una mezcla de vida psíquica comprensible e incomprensible, como el sueño es una mezcla de restos diurnos y construcciones simbólicas.

En el auténtico estado crepuscular epiléptico se pueden cometer graves delitos, tales como atentados contra la vida o el pudor. El enfermo en tal estado es completamente irresponsable, pero para poder asegurar su irresponsabilidad es imprescindible que el diagnóstico se halle firme y correctamente establecido. Es muy raro que un epiléptico comience su vida morbosa por un estado crepuscular. Alguna vez he visto casos así en un material tan vasto como el de mi Clínica hospitalaria, pero más raro aún es que, precisamente, en ese primer estado crepuscular cometa un grave delito. En el *estado crepuscular histérico*, las cosas suceden de otra manera. No existe esa concatenación de vida psíquica comprensible e incomprensible, como en el

estado crepuscular orgánico. Todo el trastorno conserva *un cierto sentido*; más que una coexistencia de dos cadenas de motivos normales y absurdos, lo que existe es una selección de sucesos de la vida psíquica. La conciencia es como una criba que sólo deja pasar *ciertos actos* (impresiones, percepciones, decisiones, etc.) y la selección deja reconocer la presencia de un principio seleccionador (reacción primitiva de huida, de sobrecogimiento, etc.). También existe una amnesia posterior, auténtica para el enfermo, no simulada; pero la presencia de la amnesia sólo, no basta para hacer un diagnóstico diferencial retrospectivo. Sin embargo, éste es posible cuando la amnesia se somete a un profundo análisis y permite reconocer, a través de los fragmentos de recuerdos, la presencia de un principio director, o sea, la conservación de un cierto sentido.

En un estado crepuscular psicógeno, no se cometen delitos graves que supongan una actividad agresiva por parte del enfermo; más bien se trata de delitos en los que la nota de escape o huida de una situación se halla íntimamente escondida como demonio incitador (delitos por negligencia, abandono, algunos delitos sexuales, etc.).

También resulta imprescindible distinguir estos estados de cualesquiera otros que se quieren situar bajo la rúbrica común de amnesias. Existen muchos actos de la vida, que realizamos automáticamente, sin que la conciencia clara—darse cuenta de un modo absoluto—acompañe a estos actos en cada uno de los momentos de la realización. Si yo quiero recordar cómo he dibujado el perfil de las letras de la página anterior, no lo logro; y no puedo decir, a pesar de esta amnesia, que la haya escrito inconscientemente. Los actos que se realizan en una situación afectiva intensa, se recuerdan peor. No resulta extraño, pues, que un delincuente no sepa precisar si le dió cinco o siete puñaladas a su víctima, sin que esta amnesia suponga mala voluntad de recordar, ni tampoco forma alguna de verdadero trastorno mental.

Los límites, frente a la psicología normal, del trastorno

mental transitorio son las grandes emociones o pasiones que ya consigna el Código agrupadas bajo los calificativos de arrebató y obcecación. Puede existir un estado emocional tan intenso, que aun en un individuo no predispuesto a reacciones vivenciales anormales, llegue a producir un auténtico trastorno mental transitorio. El hecho es posible, si bien debe reconocerse que resulta excepcional. Y aun así, se necesita que en la persona se dé una cierta base *caracterológica anómala* que le predisponga a reacciones en cortacircuito. Sólo conozco directamente un caso que ingresó en mi Clínica hospitalaria.

Se trataba de un pastor que vivía pobremente, entre riesgos, con sus ovejas. Le aconsejaron casarse—los móviles del consejo eran oscuros—para tener alguien que le cuidase. Casó con una mujer que ya anteriormente había tenido una vida muy agitada. Como ésta continuase su mismo tipo de vida después del matrimonio, las peleas eran frecuentes. El se refugiaba cada día más en el monte y bajaba poco al pueblo. Hería su dignidad el verse unido a una mujer de tan liviana conducta, que en los últimos tiempos se mostraba públicamente con su amante. Hubo un gran altercado y fueron al Juez para que los separase. Al día siguiente—la fiesta mayor del pueblo—, se marchó al campo. Ella, en cambio, no sólo estuvo en la plaza del pueblo exhibiéndose públicamente con su amante, sino que le dió el traje del marido, el único traje, el traje de los grandes acontecimientos de su mísera y descolorida vida. Al volver a su casa el pastor y sentir esa pública afrenta, se arrebató, y en el curso de un altercado violento, la mató. Entonces entró en una especie de borrachera: «Me puse como una oveja modorra», y en este estado mató a su hijo e intentó matar al otro, que pudo escapar de la casa. Durante los meses que estuvo en observación, se mostró profundamente deprimido. Un intenso sentimiento de culpabilidad le hacía desear la muerte. Se veía como indigno porque había matado a su hijo, y ese remordimiento era peor que todas las condenas de la tierra. Lo de ella no le importaba. Cien

veces que la hubiera encontrado, cien veces que lo hubiera hecho. La depresión era puramente reactiva e instalada después del suceso. Ni los antecedentes ni en el curso de la observación se descubrió ningún signo de alteración mental. Era una personalidad primitiva, reconcentrada y tímida. En el pueblo tenía fama de hombre bueno, quizá de «genio corto». No se trataba tampoco de ningún débil mental.

Estos estados emotivos intensos pueden llegar a perturbar la conciencia como en un estado crepuscular de brevísima duración. Los estados de «amok» son parecidos a ellos. En este caso, en el uxoricidio hubo arrebató, en el parricidio, trastorno mental transitorio.

#### LA EXENCION SEGUN LAS DIVERSAS ENFERMEDADES

La variedad de delitos que pueden cometer los *esquizofrénicos* es extraordinaria (1). La apreciación psiquiátrica forense es clara cuando el delito se ha cometido en plena fase de actividad de la esquizofrenia, o cuando se trata de un claro déficit o de una indudable demencia esquizofrénica. Es necesario tener un cierto rigor en el diagnóstico de la enfermedad. La esquizofrenia se diagnostica por su sintomatología psicopatológica. En mi Clínica aceptamos el criterio de K. SCHNEIDER, exigiendo la presencia indubitante de uno o varios síntomas primarios para diagnosticar con seguridad una esquizofrenia. Si éstos se hallan ausentes y sólo aparecen síntomas secundarios, el diagnóstico es probable. Vale más señalar un caso como sospechoso de esquizofrenia o como dudoso, que establecer un diagnóstico falso.

M. BLEULER ha planteado un problema forense del mayor

(1) Una exposición muy completa de las exenciones de responsabilidad, según los diversos cuadros clínicos en relación con la legislación española, se halla en: R. ALBERCA LORENTE, *Enajenación y trastorno mental transitorio en el Código penal* (en la obra *Comentarios al Código penal*, de FERRER SAMA).

Véase también la reciente *Psiquiatría forense*, de WYRSCH.

interés: el de la responsabilidad de algunos esquizofrénicos. Este problema se halla creado por la actual latitud del diagnóstico. Un enfermo tiene un brote claramente esquizofrénico, que le dura unos meses. El brote pasa, dejando su personalidad intacta, que se mantiene así durante años. En este caso, el sujeto es responsable de los actos cometidos en ese estado. En el fondo, se trata, desde el punto de vista psiquiátrico, de la misma cuestión que plantean los períodos intervalares de la psicosis maniaco-depresiva. Otras esquizofrenias remiten, pero su personalidad queda alterada. En estos casos, el juicio parece depender de dos supuestos esenciales: grado de alteración de la personalidad y relación entre el hecho delictivo y la alteración que presenta el acusado. A medida que la alteración de la personalidad es mayor, decrecen las dudas.

Es importante consignar las dificultades naturales que encierra, a veces, el descubrimiento del déficit de la personalidad y, sobre todo, de la cuantía y la estructura de la misma. Algunos enfermos ponen a prueba la agudeza psicopatológica del psiquiatra. Querer resolver estos casos a fuerza de tests es un error. También hay que tener presente la posibilidad de que el acto delictivo sea una primera manifestación de un brote o rebrote esquizofrénico.

Aunque se admite el esquizoide como tipo psicopático, su valoración forense hay que hacerla en tanto en cuanto psicópata y no bajo la presunción de que se trata de una esquizofrenia mitigada. Las expresiones «reacción esquizofrénica», «esquizofrenias reactivas» y otras parejas usadas por algunos psiquiatras y que, de vez en cuando, se ven aludidas en la jurisprudencia, carecen, para mí, de sentido. Al lado de las esquizofrenias genuinas, sólo existen algunos casos de psicosis exógenas con sintomatología esquizofrénica (esquizofrenias sintomáticas). Son raros, y su estimación forense debe hacerse según los mismos criterios aplicados a las formas de reacción exógena.

La *psicosis maniaco-depresiva*, en sus fases acentuadas, tanto maníacas como depresivas, es una enajenación,

en el sentido de la Ley. Las dudas pueden plantearse en torno a los casos leves de la enfermedad. En las manías leves, hay que examinar si un estímulo exterior emotivo o tóxico (alcohol, por ejemplo) ha sido capaz de provocar un «arrebato» en el que se ha cometido el hecho delictivo. Tal arrebato sería patológico y constituiría un trastorno mental transitorio. Conocida es la facilidad con que se disparan los maníacos. Estas explosiones constituyen la contrapartida de los raptos melancólicos. En las depresiones, apenas se cometen otros delitos que los suicidios individuales y colectivos. Fuera de las fases, el sujeto es normal, salvo los casos en que fases muy próximas quedan enlazadas por elevaciones hipertímicas o depresiones melancólicas. Actualmente, se diagnostican menos manías que hace un par de decenios, porque los criterios diagnósticos se han depurado. Las depresiones o melancolías reactivas deben considerarse como reacciones vivenciales anormales y no como auténticas psicosis.

Tan diversas como las variantes clínicas de la *epilepsia*, son las situaciones medicolegales que pueden presentarse. El epiléptico es, evidentemente, irresponsable de los delitos cometidos en pleno ataque convulsivo, o en el ataque psicomotor, o en estado crepuscular, o en plena demencia. Aunque raro, el delito es posible en plena crisis y por la crisis misma. Recientemente he visto una enferma que asfixió a su hijito que dormía en su cama, al darle la crisis, cayendo sobre él. En una crisis psicomotora, se puede realizar, por ejemplo, un acto exhibicionista. La peligrosidad de los estados crepusculares es bien conocida. Las cuestiones se plantean, en cambio, para los actos cometidos fuera de estos episodios morbosos. No hay, para resolverlas, criterios tajantes, sino que se debe llegar a una apreciación individual del caso. Sin embargo, actualmente, gracias a los progresos de la psicopatología y de la clínica de la epilepsia, se pueden aportar a los Tribunales dictámenes médicos más esclarecedores que los que revela la jurisprudencia de hace veinte o treinta años. En el epiléptico,

se constituye, por su enfermedad misma, un síndrome psico-orgánico, fácilmente reconocible y que debe ser estimado judicialmente. Las distimias epilépticas son también mejor conocidas. En cambio, es un error incluir en la epilepsia cualquier distimia que se presente en un sujeto. Las distimias que no coexisten, en el mismo sujeto, con ataques convulsivos o equivalentes, son psicopáticas y su apreciación forense debe hacerse como tal psicopatía. En todas las alteraciones de la personalidad epiléptica debe seguirse el mismo criterio que hemos señalado para enjuiciar los defectos esquizofrénicos. Es necesario estudiar a fondo las alteraciones psicopatológicas y los trastornos de la conducta de ellos derivados, y no apreciar la existencia de un eximente o de un atenuante, basándose en el simple diagnóstico de un ataque convulsivo, que es un diagnóstico neurológico y no psiquiátrico (1).

La *paranoia* es, quizá, la expresión psiquiátrica que más ruidosamente ha sonado durante muchos años, pronunciada por peritos forenses y abogados ante los Tribunales de Justicia. Sin embargo, actualmente no se admite la *paranoia* por la mayoría de los psiquiatras de escuela alemana, que fue su creadora (2). KRAEPELIN pensó que la *paranoia*—delirio sistematizado crónico—era una psicosis endógena que había de situarse junto a la esquizofrenia y a la psicosis maniaco-depresiva. La mayoría de los enfermos diagnosticados por KRAEPELIN de *paranoia* eran verdaderos esquizofrénicos, según las investigaciones posteriores (KOLLE). El grupo se ha escindido: unos enfermos han engrosado el grupo de las esquizofrenias (como subforma de la esquizofrenia, propone KOLLE llamarlas *parafrenias*), y otros, el de los desarrollos psicopáticos. No existe, por con-

(1) «En algunos epilépticos con ataques, el defecto mental es tan poco acusado, que no basta ni para atenuar.» (Sentencia del Tribunal Supremo de 23 de mayo de 1936.) (ALBERCA, l. c.)

(2) GAUPP sigue sosteniendo la existencia de *paranoias puras*—rarísimas—. Su estudio sobre el caso Wágner y el caso Hager son parecidísimos. En este último, GRUHLZ señaló la aparición de abundantes síntomas esquizofrénicos.

siguiente, la *paranoia* como enfermedad endógena, sino los desarrollos *paranoicos*.

Esta evolución de la clínica psiquiátrica tiene su importancia forense. Si el *paranoico* fuese un enfermo endógeno, parigual al esquizofrénico, automáticamente cabría aplicarle el calificativo de *enajenado*, aunque una de sus características psicopatológicas consista en la conservación de su capacidad de juicio y de la claridad de su conciencia; pero como se trata de un desarrollo psicopático, es necesario individualizar la aplicación de las eximentes, relativizarla, teniendo en cuenta las circunstancias del caso. Clínicamente, se ha señalado la necesidad de que el acto delictivo resulte como una derivación de la propia construcción delirante. Un *paranoico* con un sistema delirante político, que cometa un crimen en relación con el mismo, podría—según los casos—no ser responsable, pero sí cuando cometa un robo sin relación con su sistema. Este es, naturalmente, sólo un ejemplo teórico. El sujeto en el que se inserta un desarrollo *paranoico* sumerge en él toda su actividad y fuera de los fines de su sistema delirante, tiene, por su propia estructura psicológica, un gran respeto por la Ley.

Las *psicosis que asientan sobre una base somática conocida* pueden dividirse en dos subgrupos, constituidos por el síndrome de reacción exógena (*psicosis infecciosas, tóxicas, traumáticas, humorales, etc.*) y las *psicosis orgánicas* (*psicosis seniles, arterioscleróticas y parálisis general progresiva*). Son, como hemos visto antes, auténticas *enajenaciones*, cuando el cuadro psíquico alcanza la intensidad suficiente. Problemas especiales pueden ser presentados por la fase de comienzo de las *psicosis orgánicas* (por ejemplo, los delitos sexuales de los seniles). Es necesario tener presente la frecuencia con que la debilidad de juicio acompaña *precozmente* a la alteración del carácter o de la personalidad y a los primeros trastornos amnésicos.

En las *psicosis tóxicas* ocupa un lugar especial el alcoholismo. Los cuadros netamente psicóticos, alucinosis, deli-

rium tremens, etc., son fácilmente reconocibles y su valoración forense ofrece pocas dudas. Estas pueden plantearse en casos de intoxicación aguda—aparte la borrachera patológica, que es un indudable trastorno mental transitorio—. Ya dice claramente el Código, que la intoxicación—el trastorno mental transitorio—no debe de ser buscado de propósito para constituir una eximente. Es un error considerar al alcohólico habitual solamente como un intoxicado. El alcoholismo, como muchas otras toxicomanías, se desarrolla muchas veces sobre una personalidad anómala, y en el juicio forense del caso se debe tener presente ésta. El hambre de tóxicos (por ejemplo, morfina) puede ser motivo de delitos. Estos casos caen más bien en el perímetro de la Ley de vagos y maleantes, que en el propio Código Penal.

Las *oligofrenias* son, en una parte, enfermedades—o malformaciones—somáticas acompañadas de retraso mental, y en otra parte, variantes individuales del desarrollo intelectual de carácter negativo. En el primer caso, su inclusión entre la enajenación es evidente. En el segundo, depende del grado, ya que la escala del desarrollo intelectual pasa por grados insensibles desde este polo deficitario y negativo a la normalidad. No hay que olvidar, en el estudio médico-legal de estos casos, la frecuencia con que van acompañados los retrasos intelectuales de anomalías temperamentales o instintivas. Más que al resultado de un test, el perito debe referirse al estudio completo de la personalidad, en sus reacciones frente al medio suyo habitual. Muy interesantes problemas han planteado los delitos cometidos en oligofrénicos (violaciones).

En páginas anteriores han quedado suficientemente expuestos los principios generales de la calificación de los *psicópatas*. Entre los diversos tipos, hay algunos de mayor importancia forense que otros. Mención especial merecen los psicópatas fríos de ánimo, atímicos o anéticos (*Gemütslose Psychopaten*) que KRAEPELIN llamaba «enemigos de la sociedad» y «asociales». En tiempos anteriores se llamaba

a este grupo *moral insanity* (locura moral). Desde el punto de vista forense, no se suele aceptar esa falta o disminución de la responsabilidad más que cuando coexista un defecto intelectual. Otro tipo psicopático de gran interés es el de los fanáticos (querulantes), sobre los que prenden fácilmente los desarrollos paranoicos.

Son muy raros los actos delictivos de los *neuróticos*. La psicopatología de la vida cotidiana, en el sentido del psicoanálisis, ha puesto de manifiesto el gran número de actos que realizamos sin darnos cuenta de ellos; y, además, los actos fallidos tienen la peculiaridad de ser realizaciones simbólicas, equivalentes de impulsos o deseos abortados. Partiendo de esa base, es natural preguntar si también en los actos delictivos nos encontraremos con el mismo hecho; es decir, que el acto sea, en el fondo, inconsciente y no exprese más que una realización simbólica de un deseo anidado en el subconsciente, de cuya realización el «yo» se sentiría irresponsable. La experiencia y la observación detenida demuestran precisamente lo contrario. Las realizaciones simbólicas se realizan en el sueño o en actos triviales, pero nunca en actos que sean ya verdaderamente delictivos. Las inhibiciones, tan naturales al neurótico, sirven de contrarregulaciones a la agresividad de sus instintos y los transforman en nuevas construcciones fantásticas. Si alguna vez se traspasa la frontera de lo delictivo, es, precisamente, por lo contrario, por la inacción, y sólo en raras ocasiones se trata de una realización positiva. Como ejemplo de este último tipo, podemos recordar la cleptomanía, que, en su forma auténtica es tan rara, que ha llegado a dudarse de si existe (1).

Igualmente ocurre con la *hipnosis*. En tiempos pasados, se hizo mucha literatura en su torno; hoy se sabe que los

(1) Véase sobre este tema tan interesante: M. MÜLLER, «Neurose und Kriminalität» (*Schw. Arch. Neur.* Bd. 36) (1935). H. BINDER, «Zwang und Kriminalität» (*Schw. Arch. Neur.* Bd. 54) (1944). H. SCHNEIDER, «Zur Psychopathologie der Brandstiftung» (*Schw. Arch. Neur.* Bd. 56) (1946). J. WYRSCH, «Psychopathologie und Verbrechen» (*Tyrolia Verlag*, 1949, Wien).

delitos en hipnosis son rarísimos y sólo pueden cometerse cuando corresponden a la auténtica estructura instintiva del procesado. En los últimos años sólo existe un caso publicado (el de Heidelberg) con garantías de verosimilitud.

### EL ACTO DELICTIVO

En algunos Códigos penales modernos se ha establecido una fórmula para la exención de responsabilidad, en la que se hace constar que el inculpado debe hallarse incapacitado para reconocer lo ilegal o no permitido de su acción o de obrar según ese conocimiento. La fórmula proviene del deseo de evitar una concepción del acto delictivo referido sólo al plano de la razón y de incluir en ella el plano de la voluntad. En nuestro Código, tal distinción se halla salvada mediante la fórmula más general de la «enajenación».

Hemos de reconocer, de todos modos, que una fórmula así debe hallarse implícita, puesto que ni siquiera cualquier clase de enajenación basta para eximir de responsabilidad. Los períodos iniciales de algunas psicosis no constituyen, según algunos autores, eximentes, ni tampoco las formas poco acentuadas de las mismas. Se exige, pues, que la enfermedad destruya profundamente la estructura del acto libre y voluntario, el cual se concibe, al modo clásico, como compuesto de dos tramos, el del conocimiento de los motivos de una acción y el de la decisión entre ellos.

Aunque, según nuestra legislación, no es necesario establecer tal distinción, ésta se lee en muchos dictámenes forenses. Contra ello se levanta recientemente K. SCHNEIDER con razones de gran peso. Según él, tal cuestión no debe plantearse, porque no tiene contestación, y el perito debe limitarse a hacer constar si existe o no una enfermedad mental, de lo cual se deduce implícitamente la existencia o no de exención de responsabilidad.

La distinción anteriormente referida se basa en una psicología de la conducta, que se halla muy lejos de las ver-

daderas condiciones reales de la misma. El hombre muy racional puede obrar distinguiendo motivos, sopesándolos y decidiendo entre ellos; pero la mayoría no obra así. Este tipo de acción, de ser predominante, nos convertiría a todos en enfermos obsesivos. A un empleado de correos—siguiendo el ejemplo de K. SCHNEIDER para no debilitar su argumentación—le pasa por las manos, en su trabajo, un paquete, que supone de cigarrillos. La vista del paquete le despierta, como un relámpago, el impulso a quedarse con él. Contra este impulso pueden alzarse otras tendencias más éticas u otras de filiación distinta, por ejemplo, el miedo a ser descubierto. Pueden vencer aquéllas o éstas, pero en el fondo no se trata más que de una lucha de instintos. Sólo en raros casos la lucha termina mediante una decisión voluntaria. En las prohibiciones legales no se trata siempre de mandamientos cuyo fundamento ético resulte claramente visible a todo el mundo; por lo tanto, más que una decisión con motivos éticos, se toma una decisión por motivos legales. Por otra parte, en cada caso, los impulsos actúan según las circunstancias; su poder como tentación es muy variable; en el análisis psicopatológico del acto, debemos tener en cuenta si los supuestos conocimientos sobre el valor moral de los actos llegan o no a inhibir los impulsos. En parte, esta acción inhibidora depende del tiempo que se tarde en elaborar y realizar el acto. Cuanto más extensa sea su preparación, mayor probabilidad existe de que resulte reflexivo. Aunque se admita la existencia de la libertad, es muy difícil decidir en un caso particular si se ha obrado o no libremente.

Ciertamente que estas objeciones de SCHNEIDER son de mucho peso; a su vez, no están tampoco libres de crítica. En primer término, en muchas ocasiones, el perito se ve forzado al análisis de la psicopatología del enfermo en relación con el acto delictivo y no puede contentarse con establecer un diagnóstico (1). No se puede soslayar la cues-

(1) «Queda, pues, firme que no basta comprobar la existencia de una enfermedad mental, ni siquiera de una enfermedad mental de

ción dividiéndola en dos partes: una, el establecimiento de un diagnóstico, y otra, la deducción de unas consecuencias con valor jurídico, atribuyendo la primera al psiquiatra y la segunda al juez. El perito debe aportar al conocimiento del delincuente y de las circunstancias del delito todos sus conocimientos y su experiencia psicopatológica.

Además, tampoco los hechos ocurren según el esquema propuesto por SCHNEIDER. Las acciones humanas no son el resultado de una serie de fuerzas instintivas que la voluntad pueda inhibir o no. Los instintos son instintos humanos, y, por lo tanto, surgen ya con ciertas valencias espirituales. Por eso es posible educar los instintos. El hombre normal realiza a través de su vida un proceso de conformación de su vida instintiva; que esto es así lo demuestra el hecho de que *cada acto ilícito se acompaña de un sentimiento de culpa*. No es sólo un sentimiento de culpa establecido como un complemento posterior, sino un sentimiento que inspira temor «automáticamente», como el impulso mismo; porque, en el fondo, pertenece a su misma estructura. En mi libro sobre *La Angustia vital*, he expuesto mis ideas acerca de esta cuestión, y ello me exime de una mayor detención en su exposición. Lo que me importa consignar es que todo acto humano tiene ese *carácter antinómico* que se pone tan de manifiesto en la crisis angustiosa. Tan es así, que, muchas veces, la reflexión viene a tranquilizarnos después de la comisión de una acción ilícita: «No es tan grave», «No pude evitarlo»; etc., son expresiones que demuestran la existencia del sentimiento de culpabilidad.

A lo largo de la vida humana, la vida instintiva se va sublimando, metamorfoseando, integrando. El instinto de agresión queda absorbido en una entidad superior: la necesidad, inherente al hombre, de una vida que le rebasa como individuo, de una vida social y espiritual. La necesidad de la vida en comunidad exige el establecimiento de

las auténticamente demenciadoras, para proponer la exculpación», dice ALBERCA (I. C.).

ciertas normas a las que se sujeta el individuo normal. En el anormal, no existe esa regulación instintiva, o, si existió ella, se quebró; por eso, el acto resulta tan insólito, absurdo, delictivo. Es posible, pues, mediante el análisis de la conducta, establecer la existencia de esa rotura en la continuidad de una vida, continuidad que estriba en la fusión de las antinomias instintivas en la unidad de la personalidad. Para sentar un diagnóstico procedemos así, y este mismo procedimiento debe aplicarse, en la medida de lo posible, al análisis de la situación delictiva. Por eso es tan importante el conocimiento de la personalidad del delincuente.

#### DETERMINISMO Y LIBERTAD

Parece ineludible, antes de terminar, dedicar unas palabras a un problema sin cuya previa explicación era imposible acercarse a este tema hace algunos años: el de la libertad de la voluntad. El hecho de que casi involuntariamente haya sido desplazado por mí de su categoría previa y preliminar demuestra cómo ha decaído en importancia. En realidad, podríamos concluir este trabajo sin aludirlo.

Hace algunos años, entre psiquiatras, criminalistas y penalistas, se enzarzaban largas polémicas en torno al mismo. El espíritu positivo planteaba las cuestiones de una manera clara y esquemática, que era la siguiente: cualquier hecho que ocurre en el mundo tiene un antecedente forzoso. El principio de conservación de la energía rige también para las acciones humanas. El hombre que comete un delito lo hace en virtud de una serie de determinaciones previas que, forzosamente, le conducen a él; por consiguiente, es tan irresponsable como mis oídos de oír el sonido que a ellos llega. Ahora, a unos años vista, nos quedamos extrañados de que se haya podido emplear—y perder—tanto tiempo en una discusión así. Porque si el determinismo absoluto fuese verdadero, también el juez

sería un muñeco automático cuando condena al delincuente. Los términos del problema no variarían. Todos seguirían haciendo lo que estaban haciendo, sólo que ciegamente, automáticamente. KANT (1) planteó el problema más agudamente, desde el punto de vista de la teoría del conocimiento: si llegásemos a conocer—viene a decir—los impulsos que fuerzan nuestra vida psíquica, podríamos llegar a predecir la conducta humana futura. La analogía con el cálculo de las órbitas de los planetas es evidente. La posibilidad, empero, falla en sus primicias, puesto que lo imposible es el conocimiento *exhaustivo* de los móviles de la conducta humana. Ocurre en ella como en los experimentos de la Física según la ecuación de indeterminación de Heisenberg. La pretensión de conocer los móviles de la conducta es ya una operación sobre ellos. En el hombre, el más pequeño diálogo supone una acción sobre el interlocutor.

Existe otro aspecto. Las conductas humanas se determinan por causas y por motivos. El hombre reacciona al hambre, al frío, a la sed; pero también a la idea de la justicia, del bien o de la belleza; es decir, a valores que flotan por encima del tiempo físico y que permanecen indemnes frente a su acción corruptora. La estimación de los valores, el descubrimiento de las relaciones de sentido, no es un proceso físico. Una palabra actúa sobre nosotros, no por su valor sensorial, sino por su significado. La misma palabra, la misma materia sensorial puede producir reacciones distintas (2).

En el hondón de la personalidad humana se entrecruzan causas, móviles y motivos. Existen actos vulgares, cuya determinación es fácilmente comprensible una vez realizados. Su previsión es más difícil. Por íntimamente que

(1) KANT: *Kritik der praktischen Vernunft* (1788). 58—Lehratz IV—Reclam Ausgabe und Kehrback.

(2) Sería, por otro lado, posible ensamblar ambas tesis. El principio de conservación de la energía no se altera por la presencia de una relación de sentido. Esta no crea ninguna energía, sino simplemente cambia su dirección o su distribución.

conozcamos a «otro», algo siempre se nos escapa: su secreto personal, que es el secreto de la existencia. Como también se nos escapa nuestro «yo» en su último alvéolo, en aquel en que, indudablemente, el espíritu, el alma, se ata a nuestro pobre y mortal cuerpo.

Faint, illegible text on the left page, likely bleed-through from the reverse side.

DISCURSO  
DEL  
EXCMO. SR. DR. D. PEDRO LAIN ENTRALGO

Faint, illegible text on the right page, likely bleed-through from the reverse side.

*Señores Académicos:*

*Señores y señoras:*

El hombre bien nacido tiene que ser amigo de Platón y de la verdad; y donde se dice Platón, dígase cualquier hombre, un hombre. Pero la simultaneidad de esas dos amistades, la tributada a la verdad y la consagrada a Platón, puede revestir formas muy diferentes. Unos afirman, con la sentencia tradicional, que aun siendo buenos amigos de Platón, son más amigos de la verdad *Amicus Plato, sed magis amica veritas*. En ello, ¿no hay una chispa de inhumanidad, no puede haber una gotita de resentimiento? Otros proclaman con su conducta que, sin dejar de ser amigos de la verdad, quieren serlo más de Platón. *Amica veritas, sed magis amicus Plato*. A esto llaman los españoles castizos «compadrazgo»; del cual nunca se sabe si anida en la playa de la simpatía o junto al pantano de la indecencia. Yo, que procuro no ser resentido ni compadrante, me atreví hace tiempo a proponer una tercera fórmula: *Amica veritas, sed etiam amicus Plato*. Con lo cual quería proclamar, como es obvio, mi constante voluntad de ser tan amigo de Platón como de la verdad; o, con otras palabras, mi deseo de hacer siempre «humano» el amor a la verdad y «verdadera»—mejor: «veritativa»—la amistad con Platón.

Ese modo de entender la doble amistad no resulta siempre placentero. De muchas ocasiones en que haya podido no serlo me resarce con holgura ésta de dar la bienvenida en la Real Academia de Medicina al Profesor Juan José López Ibor. Verdad y amistad se concitan para hacerla especialmente gustosa. En efecto: declarando ante vosotros

que esta Academia se siente muy gozosa con la presencia de López Ibor en su seno, no hago sino publicar una clara verdad; y siendo yo quien lo hace, sin otros títulos objetivos que un rápido tránsito por los caminos de la Psiquiatría y otro, más rápido aún, por la linde de la Medicina legal sobreañado la complacencia de ejercitar lo que es amistoso a la hojuela de decir lo que es verdadero.

Algo más soy, sin embargo, que psiquiatra en tránsito y médico-legista en cierne. Soy también, al menos por oficio académico, historiador de la Medicina. Lo cual me da algún derecho a contestar al Profesor López Ibor poniendo en juego los recursos de mi arte; es decir, estudiando su obra científica desde el punto de vista de su entidad y de su significación en el curso de la Medicina contemporánea.

Punto de partida de mi empeño debe ser la copiosa serie de epígrafes—un centenar—en que se resume la primera navegación intelectual de López Ibor. Al término de estas páginas queda impresa. Si, además de admirar su densa riqueza, os demoráis estudiando su contenido, pronto advertiréis el relieve de las tres notas que mejor definen la obra científica de nuestro compañero: su armónica diversidad, su amplio vuelo y su honda humanidad.

Armónica diversidad. No menos de cinco grupos, correspondientes a otras tantas disciplinas, cabe distinguir en el elenco de los trabajos científicos y literarios del Profesor López Ibor: la Neurología, la Psiquiatría, la Medicina legal, la Medicina general y otra que llamaré, carente de mejor nombre, «visión médica del mundo». A reserva de comentar muy luego la obra neuropsiquiátrica y médicolegal de López Ibor, permitidme unas palabras acerca de su contribución a las dos últimas disciplinas, puesto que en ellas se cifra la armonía de todo el conjunto.

He hablado de «Medicina general»; y es obvio que no he querido usar tal expresión en su común sentido profesional—el ejercicio de «toda» la Medicina—sino en su más rigurosa acepción teórica: la visión de la Medicina desde

el punto de vista de su «generalidad». La «Patología general» no es sino una de las ramas de esa cardinal disciplina; quien lo dude, considere la tan urgente y tan mal atendida necesidad de una «Terapéutica general», o piense en la ya incipiente «Sociología médica». Pues bien: acaso ningún médico español de nuestro tiempo haya consagrado a ese todavía indeciso y ya tan actual nudo de cuestiones y saberes atención tan despierta, activa y documentada como la del Profesor López Ibor. Una temprana dedicación al problema médico de la neurosis—su primer estudio a tal respecto es de 1930—le ha conducido más tarde a indagar sutil y certeramente no pocos de los temas más centrales de la Medicina general: la relación entre la Medicina y el «espíritu del tiempo», la socialización del ejercicio terapéutico, la formación del médico, la patología psicósomática, la teoría y la práctica de la psicoterapia como instrumento del médico general. Un constante empeño por adquirir plena conciencia de sí mismo—conciencia intelectual, social, histórica, religiosa—va centrando armónicamente la diversa actividad del médico López Ibor.

Mas no sólo armónicamente; también, para fortuna suya y nuestra, ambiciosamente, desazonadamente. Quiero con ello decir que en esa acendrada preocupación de López Ibor por la «Medicina general», sale el médico de sí—o se mete más en sí—, para enfrentarse, *en tanto médico*, con los problemas cardinales de la existencia humana. Todos hemos oído y dicho alguna vez el sabido aforismo de Letamendi: «Del médico que no sabe más que Medicina, ten por seguro que ni aun Medicina sabe». A mí no me parece ese pensamiento muy feliz. Yo preferiría este otro: «A quien de veras sabe Medicina, ningún saber humano puede serle ajeno». La Medicina es, bien mirada, uno de los modos de ayudar al hombre a que lo sea del mejor modo posible; y de ahí, como para los antiguos griegos ha demostrado JAEGER, su esencial pertenencia a la *paideia*, a la educación. Fiel a su médica condición de *paideuta*, López Ibor ha sabido iluminar con agudeza y acierto grandes un buen nú-

mero de las zonas más oscuras de nuestra situación de hombres españoles. La peculiaridad psicológica del español, la angustia como problema antropológico e histórico, la peripecia actual de la intimidad humana, la posición hispánica frente a la crisis de la institución universitaria; he ahí algunas de las cuestiones exploradas por la perspicaz «visión médica del mundo» de nuestro ilustre compañero, médico caviloso al que, por médico, nada humano es ajeno.

Junto a la diversidad y la armonía, el largo vuelo de la obra científica de López Ibor. Es cosa fácil querer volar, y hasta simular el vuelo, como el ave doméstica cuando es lanzada desde una altura; lo difícil es volar con meta e impulso propios. Esa dificultad ha solidado constituir el drama y el mérito de los hombres de ciencia españoles, y con ella se ha debatido victoriosamente el nuevo Académico. Por sí mismo, después de ganar brillantemente una cátedra de Medicina legal, comenzó su carrera de neurólogo y psiquiatra; por sí mismo buscó y supo elaborar personalmente la enseñanza de la Salpêtrière, la de Bumke, Lange y Rüdin en las clínicas munitenses, la de Goldstein en el Hospital Moabit; por sí mismo se ha hecho luego maestro eminente en las dos disciplinas médicas que cultiva; por sí mismo ha logrado puestos de honor en las más prestigiosas Sociedades médicas de Europa y América. Os invito de nuevo a contemplar la serie de las publicaciones neuropsiquiátricas del Profesor López Ibor. Todos los grandes temas, así patológicos como terapéuticos, de la Neurología y de la Psiquiatría actuales han sido por él vigorosa y originalmente abordados. La anchura de la información, el nivel histórico del planteamiento y el rigor técnico del estudio son siempre los supuestos de la pregunta a que trata de dar respuesta el investigador; y, por consiguiente, la garantía científica del resultado conseguido. He aquí los que yo estimo más personales e importantes: la iniciación de la psicoterapia narcoanalítica—ya en 1935—mediante la inyección intravenosa de somnifeno; la original valoración biológica y antropológica de la diferencia funcional entre la mitad de-

recha y la mitad izquierda del cuerpo; el nuevo análisis psicopatológico de las ideas delirantes; su contribución personal al diagnóstico de la epilepsia genuina; las ideas, experimentalmente obtenidas, acerca del esquema corporal y en torno a la producción del «miembro fantasma negativo»; y, sobre todo, la constitución de un cuadro nosográfico en el oscuro campo de la patología de la afectividad: el «círculo timopático».

Hablé antes de una radical «humanidad» en la obra científica del Profesor López Ibor. Aludía yo con esa palabra, claro está, a su personal contribución a la «Medicina general» y a la «visión médica del mundo». Pero no sólo ni principalmente a eso. Quise expresar también su permanente desvelo por hacer humanas, antropológicas, la ciencia y la práctica de la Medicina. Más aún: su certero y constante propósito de entender con plenitud esa empresa de humanización.

No puede hacerse Medicina antropológica olvidando que el hombre enfermo tiene un alma; mas tampoco olvidando que tiene un cuerpo, porque sin cuerpo no hay hombre. Si la Medicina del siglo pasado pecó por exceso de somatismo, una parte de la Medicina psicosomática contemporánea peca, sin duda, por exceso de psicologismo. Por grandes que sean nuestra atención a la vida íntima del enfermo y nuestra sutileza en la detección de mecanismos psicogenéticos, ¿llegaremos a hacer de aquél un puro «yo» con instintos y vivencias? ¿Podremos cerrar los ojos a la realidad de su cuerpo? Decía con mucha razón el viejo GALENO que fuera del cuerpo puede haber causas de enfermedad o efectos de la enfermedad, pero no enfermedad; la enfermedad es *siempre* del cuerpo. Por eso me parece de una gran importancia la idea que del «círculo timopático» tiene López Ibor. No sólo por su aspiración a poner orden nosográfico en la confusa patología de la afectividad, sino, sobre todo, por su concepción patogenética de la timopatía; es decir, por la interpretación cerebral, diencefálica, del trastorno afectivo radical. Si los enfermos no tuvieran alma humana, no irían

al médico, ni padecerían las personalísimas enfermedades que de hecho padecen. Es verdad. Pero si los hombres no tuviesen cuerpo, no llegarían a estar enfermos, aunque su espíritu fue tan rebelde y torcido como el del mismísimo Lucifer; y el cuerpo del hombre—cada día lo vamos viendo mejor—es una cosa muy sutil y compleja.

No es esta la ocasión de exponer y comentar pormenorizadamente las ideas de López Ibor acerca del «círculo timopático»; tanto menos, cuanto que todos tenemos al alcance de nuestra mano el magnífico libro en que hace poco las ha expuesto. Sólo puedo decir que veo en ellas una de las más importantes creaciones de la Psiquiatría contemporánea; y que, sea cualquiera su fortuna en la futura nosografía psiquiátrica, representan una contribución valiosísima a la ineludible e inaplazable empresa de concebir las «enfermedades mentales»—torpe nombre—como enfermedades plenariamente «humanas».

He tratado de mostrar la armónica diversidad, el gran vuelo y la honda humanidad de la obra neuropsiquiátrica y médicolegal del Profesor López Ibor. Mas ahora caigo en la cuenta de que mis palabras habrán sido en vuestros oídos pura y acaso ociosa redundancia. El hermoso discurso que acabamos de escuchar, ¿qué es, en efecto, sino una prueba viviente, palmaria y adelantada de todo lo que desmañada y analíticamente he procurado yo hacer ver? Esta lección acerca de la responsabilidad del enfermo mental, ¿no es, acaso, diversa y armónica, no es certeramente humana, no llega a metas sólo accesibles a quien sabe volar largo y seguro? Uno de los más pavorosos problemas de todos los tiempos, el de la responsabilidad humana, late y se expresa en cada una de sus páginas. El enfermo mental—psicótico, psicópata o neurótico—es visto en ellas como un hombre más o menos responsable de sus actos. Un gran saber de psiquiatra y un fino tacto de médico de hombres presiden todo este bello comentario a las líneas tal vez más problemáticas de nuestro Código penal. Permitidme, pues, que

no intervenga en el debate y me limite a urdir algunos comentarios circunvalares.

Comenzaré por el que en apariencia es más elemental y externo: por el nombre genérico del tema, por la palabra «responsabilidad». Pocas veces quedan sin fruto sustancial las incursiones etimológicas, cuando uno las emprende como hombre entero, y no sólo como aficionado a la filología o técnico en ella. ¿Por qué no indagar etimológicamente la entraña del vocablo «responsabilidad»?

Cosa bien fácil es saber que «responsabilidad» procede del verbo latino *respondere*; y que éste expresa la acción recíproca de *spondere*, «empeñarse», «obligarse a» o «prometer»; y que, yendo un paso más allá, su raíz alcanza al verbo griego *σπένδειν*, «practicar una libación» o «concertar un pacto», y al sustantivo *σπονδή*, «la oferta de una libación» o «la acción por ella santificada». Detengámonos aquí. ¿Acaso no vale la pena detenerse el hecho de que la palabra «responsabilidad» se halle en estrecha relación genética con la libación, el esponsal, el pie métrico espondeo y el desposorio, además de hallarse emparentada con la respuesta?

Reconstruyamos la historia de este curioso proceso semántico. Originariamente, *σπονδή* era el nombre de la *libatio* o «libación», la cual consistía en una ceremonia religiosa de promisión o empeño. Vertiendo un poco de vino sobre la tierra, sobre el altar o sobre la víctima del sacrificio al tiempo de concluir un pacto, el griego antiguo se obligaba ante los dioses a mantenerlo. Hermes, las Gracias y Zeus fueron las divinidades más frecuentemente invocadas en el rito libatorio. De ahí la fórmula de «hacer las tres libaciones»; y de ahí el nombre de *σπονδαίος*, «espondeo», dado al pie de dos sílabas largas, porque él era el más adecuado al ritmo lento de las solemnes melodías que servían de acompañamiento a la libación. Pero, por extensión, el término *σπονδή* vino a significar la oferta de la libación—por ejemplo: el vino vertido y ofrendado—y el convenio que con ella se consagraba. Por eso los latinos lla-

maron *sponsalia* al pacto matrimonial, y *sponsa*, a la esposa o prometida. «Responder» es, en consecuencia, empeñarse, obligarse o prometer recíprocamente; y «responsabilidad», la condición o el estado de quien así se empeña, obliga o promete. No puede extrañar que el arquitecto Vitrubio llame *responsus* a la simetría o proporción mutuas.

Pero si la arcaica libación religiosa se ha ido trocando, con el tiempo, en convenio y en respuesta conveniente, ¿no será porque toda responsabilidad y aun toda respuesta tienen, en su fondo, una esencial dimensión religiosa? Acabo de oír la una de la tarde, y alguien me pregunta qué hora es. Yo contesto: «La una». ¿Qué he hecho con ello? Indudablemente, dos cosas: he dado una respuesta adecuada a la pregunta del interrogante y le he respondido de que es la una. He «respondido a» (a un hombre, a una pregunta) y he «respondido de» (de la verdad de lo que yo he dicho). Pero todo acto de «responder de» supone, necesariamente, la existencia de un «quien»; el de aquel «ante quien» se responde. En tal caso, ¿«ante quién» respondo yo cuando, contestando a la pregunta de un hombre, «respondo de» que en verdad es la una o, cuando menos, de que entonces es para mí verdaderamente la una? Dos son también los términos de la respuesta. Hacia afuera, respondo ante un hombre; y, por tanto, ante los hombres; y, si hay caso, ante las instituciones que los hombres han inventado para que se responda de lo que uno dice y hace: Tribunales, jueces, organizaciones de policía. ¿Y hacia adentro? Lo inmediato, es decir: ante mí mismo. Pero eso es tan insuficiente como inmediato. Un «yo» finito y absolutamente desligado de toda otra realidad ulterior, ¿puede ser, *en último extremo*, tribunal de sí mismo? El hecho de que uno no pueda dejar de responder ante sí mismo de lo que dice y hace, ¿no indica, como diría CLAUDEL, la existencia de «quelqu'un qui soit en moi plus moi-même que moi», de «alguien que sea en mí más yo mismo que yo»? La «religación» del hombre—concepto central, como sabéis, en la Antropología metafísica de XAVIER ZUBIRI—es el término a

que inexorablemente conduce un análisis completo de la «responsabilidad». La persona humana puede ser responsable porque esta religada. Ya veis cómo, aun sin libar en honor de Hermes, las tres Gracias y Zeus, la responsabilidad, el hecho de responder humanamente, nos coloca a los hombres ante la Divinidad, y no sólo ante los Tribunales que nosotros y nuestros semejantes hemos inventado.

La capacidad de responder a quien nos pregunta y nuestra subsiguiente responsabilidad íntima son caracteres esenciales de la existencia humana: el hombre es un *animal responsable*. Esto, sin embargo, no equivale a decir que un hombre privado de responsabilidad deja de ser hombre. Dicese con ello, tan sólo, que no hay acto acabadamente humano sin responsabilidad interna y externa. Recuérdese la vieja distinción escolástica entre los «actos de hombre» y los «actos humanos». Cuando se define al hombre como «animal responsable» no se afirma sino que es «capaz de responsabilidad»; del mismo modo que ser «animal racional» vale tanto como ser «capaz de uso de razón». Nuestro idioma nos ofrece un giro verbal especialmente feliz: «uso de razón». El niño y el demente son, en cuanto hombres, *animales racionales*, pero incapaces de usar plenamente de su razón. Pues bien: teniendo en cuenta que la raíz de la responsabilidad humana es la libertad, creo que así como se habla del «uso de razón» convendría hablar de un «uso de libertad». El individuo humano es constitutivamente libre; pero, de hecho, y en cuanto opera en y con un cuerpo material, el uso que hace de su constitutiva libertad se halla sometido a modos y a grados. El problema *psicológico* de la responsabilidad queda así referido al de los «modos» y los «grados» en el uso de la libertad.

Creo que todavía nos falta una doctrina científica suficiente y bien articulada acerca de los «modos» y los «grados» de la libertad y la responsabilidad del hombre. Los problemas psicológicos que en el siglo XVII quisieron resolver los moralistas del probabilismo y el casuismo deben ser acometidos, con mayor amplitud y mejores armas in-

telectuales, por los psicólogos y psiquiatras de nuestro siglo. Conformarse con hablar de una «irresponsabilidad» y de una «responsabilidad atenuada» es cosa tan ruda y primaria como una Psiquiatría que se contentase clasificando a los enfermos mentales en «amentes» y «parcialmente razonables». Si no temiese pasarme de pedante y de inoportuno, diría que es urgente la edificación de una *eleuteriología psicológica*; una disciplina consagrada a estudiar con precisión los modos y los grados normales y patológicos de la libertad humana. Hacia esa meta se mueve muy resuelta y eficazmente el bello discurso del Profesor López Ibor, y en ello consiste otra de sus excelencias. Tal es el canon de la bondad de las obras humanas: las cuales son siempre buenas por lo que dan y por lo que prometen.

Esta acrecida y creciente preocupación de los hombres en torno a los problemas de su responsabilidad psicológica—recordad, a título de único ejemplo, los trabajos de los psiquiatras y psicólogos norteamericanos durante la última Guerra Mundial—constituye, sin duda, una de las notas más definitivas de nuestra época. Nunca ha sido más amplia y acuciosa la atención de los hombres hacia el recinto de su propia intimidad y, por tanto, hacia los mecanismos y los matices psicológicos de su libertad y su responsabilidad. El psicoanálisis y el existencialismo han sometido al hombre actual a un doloroso «examen de conciencia». Pero la iniciación del proceso no es cosa de hoy. COURNOT, uno de los más sagaces pensadores franceses del siglo XIX, escribía hacia 1870: «La cuestión del libre albedrío del hombre y de la responsabilidad de sus actos retorna sin cesar bajo todas sus formas, y sobre todo en nuestros días, en los cuales podría creerse que muy pronto no serán ya el jurado y el juez quienes constituyan la piedra clave de la sociedad, ni el verdugo, como pensaba JOSEPH DE MAISTRE, sino el médico *alienista*, nombre tan nuevo como el oficio a que se refiere» (1). La frase de COURNOT era algo más que

(1) *Considérations sur la marche des idées et des événements dans les temps modernes*, II, IV.

un *divertimento* amargo e ingenioso; era casi una profecía. El psiquiatra interviene hoy en la obra de arte, en la guerra, en la administración de la justicia, en la intelección de las enfermedades más crasamente somáticas, en la política demográfica, en la elección de profesión y de estado. ¿Por qué todo esto? ¿Será, como hace más de cien años pensaba DAMEROW, el psiquiatra hegeliano, porque el espíritu del hombre se ha acercado más a la condición de «espíritu absoluto»? ¿O será tan sólo porque el dolor y la dificultad de vivir nos obligan a ser más conscientes de nosotros mismos y, en consecuencia, a recurrir más y más a los técnicos en el conocimiento del hombre?

Quede para otra ocasión la respuesta; mas no sin una placiente apostilla final. Si, como parece, el psicólogo y el psiquiatra han comenzado a ejercer y van a seguir ejerciendo un oficio rector en la sociedad de los hombres, alegrémonos los españoles pensando que esa función puede ser cumplida por espíritus tan ricos y armónicos, de tan amplio vuelo y tan radicalmente humanos como el del Profesor López Ibor, cuyo ingreso en esta Academia hoy celebramos. Llega a ella todavía *nel mezzo del cammin*, aunque cargado ya de saber y de hazañas intelectuales. Dios le ayude a que la segunda mitad de su camino sea tan copiosa en frutos como de amistad, admiración y cordial contento está llena la bienvenida que, en nombre de todos, quiero darle yo.

## RELACION GENERAL DE LIBROS Y TRABAJOS PUBLICADOS

POR EL PROF. J. J. LOPEZ IBOR

### LIBROS

1934

1) EXPLORACIÓN ELÉCTRICA.—Capítulo de la obra *Medicina Exploratoria*, del Prof. Vila Barberá, vol. II.—Valencia, 1934.

1936

2) LO VIVO Y LO MUERTO DEL PSICOANÁLISIS. Hacia una nueva Psicoterapia.—Editorial Miracle.—Barcelona, 1936.

1938

3) DISCURSO A LOS UNIVERSITARIOS ESPAÑOLES.—Cultura Española, 1938.

1941

4) PSICOTERAPIA GENERAL.—(En el tomo I del *Manual de Terapéutica Clínica*, dirigido por el Prof Dr. M. Bañuelos.)—Editorial Científico-Médica.—Barcelona, 1941.

1942

5) NEUROSIS DE GUERRA. (Psicopatología de guerra).—Editorial Científico-Médica.—Barcelona, 1942.

6) LA PATOLOGÍA DEL SISTEMA NERVIOSO EN LAS ENFERMEDADES DE LA SANGRE.—En el libro *Nuevos aspectos de Hematología*.—Instituto Médico-Valenciano.—Editorial Científico-Médica.—Barcelona, 1942.

1943

7) DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA EPILEPSIA GENUINA.—Colección española de Monografías médicas.—Barcelona, 1943.

1944

8) TERAPÉUTICA PSIQUIÁTRICA.—En el tomo III del *Manual de*

*Terapéutica Clínica* dirigido por el Prof. Dr. M. Bañuelos.—Editorial Científico-Médica.—Barcelona, 1944.

1949

9) LOS PROBLEMAS DE LAS ENFERMEDADES MENTALES. Corrientes actuales del pensamiento psiquiátrico.—Editorial Labor.—Barcelona, 1949.

1950

10) LA ANGUSTIA VITAL. Patología general psicosomática.—Editorial Paz Montalvo.—Madrid, 1950.

EN PRENSA

11) LA AGONÍA DEL PSICOANÁLISIS.—Colección Austral. Editorial Espasa Calpe.—Buenos Aires-Madrid.

12) EL ESPAÑOL Y SU COMPLEJO DE INFERIORIDAD.—Editorial Rialp.

13) EL PROBLEMA PSICOLÓGICO DEL HOMBRE MODERNO.—Editorial Manuel Aguilar.

TRABAJOS PUBLICADOS EN REVISTAS

1928

1) ENDOCRINOLOGÍA CRIMINOLÓGICA.—(En colaboración con Miguel Ángel García.)—Crónica Médica (15 de julio de 1928).

1929

2) FISIOLÓGIA DEL SUEÑO.—Crónica Médica (15 de marzo de 1929).

1930

3) LAS NEUROSIS TRAUMÁTICAS EN MEDICINA LEGAL.—(Tesis doctoral.)—Crónica Médica, 1930.

1931

4) SOBRE LA PROBABILIDAD DE ENFERMAR EN PSIQUIATRÍA.—Crónica Médica (15 de junio de 1931).

1932

5) SOBRE LA ESQUIZOFRENIA CONYUGAL.—Crónica Médica (15 de febrero de 1932).

1933

6) ACERCA DE LA INVESTIGACIÓN DE GRUPO EN LAS MANCHAS DE SALIVA.—Crónica Médica (15 de enero de 1933).

7) NEUROMIELITIS ÓPTICA AMBULATORIA.—Crónica Médica (15 de septiembre de 1933).

8) ARQUITECTURA DE LAS NEUROSIS ORGÁNICAS. (Conferencia pronunciada en la sesión de apertura del curso 1933-34, en el Instituto Médico Valenciano.)—Crónica Médica, año 1933, número 800, época 3.ª, núm. 71.—Valencia (15 de noviembre de 1933).

1934

9) EXÉGESIS DEL COMPLEJO DE EDIPO.—Crónica Médica (15 de abril de 1934).

10) DEMOGRAFÍA PSIQUIÁTRICA.—Crónica Médica (noviembre de 1934).

11) SOBRE LAS PSICOSIS TABÉTICAS.—Actas Dermosifilográficas (diciembre de 1934).

12) ZUR FRAGE DER TABESPSYCHOSEN.—Del homenaje a Zangger, 1934.—Editorial Rascher & Cie. A. G. Zurich.

1935

13) RAÍZ VITAL DE LA UNIVERSIDAD.—Norma.—Valencia (marzo de 1935).

14) LA DEGENERACIÓN ESPINOCEREBELOSA. — Crónica Médica (mayo de 1935).

15) SOBRE EL DIAGNÓSTICO DE LAS HEMIPLEJÍAS.—Crónica Médica. Valencia (15 de junio de 1935).

16) ANÁLISIS PSICOLÓGICO DE UN DÉBIL MENTAL CALCULISTA.—Crónica Médica. Valencia (15 de septiembre de 1935).

17) ADENOMA SEBÁCEO DE PRINGLE EN ESCLEROSIS TUBEROSA.—Actas Dermosifilográficas.—Octubre, 1935.

18) EL PROBLEMA DE LAS ALUCINACIONES. (Lección de Cátedra a las oposiciones a la cátedra de Psiquiatría en 1934.)—Crónica Médica (15 de octubre de 1935).

19) EL TRASTORNO MENTAL TRANSITORIO EN EL CÓDIGO PENAL VIGENTE.—Revista de Derecho Público. Madrid, núm. 47, noviembre de 1935.

20) DIE ANWENDUNG VON SCHLAFMITTELN IN DER PSYCHOTHERAPIE.—Schweizer Medizinische Wochenschrift, 65 Jahrgang, 1935, núm. 43, Seite 1029.

1936

21) FUNCIÓN DE LOS PRACTICANTES EN LA ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA.—Conferencia pronunciada en el Colegio Oficial de Practicantes de Valencia.—Junio de 1936.

22) SYPHILITISCHE GUMMATA NACH PARALYSEBEHANDLUNG.—Deutsche Medizinische Wochenschrift, 1936, núm. 2. Seite 69.

1937

23) PEQUEÑO PERIPLA EN TORNO AL CONCEPTO DE TOTALIDAD.—Jerrarquia. Navarra. Octubre 1937.

1939

24) EL HOMBRE ESPAÑOL.—Sol y Luna. Buenos Aires, 1939.

25) EXPERIENCIAS PSIQUIÁTRICAS DE GUERRA.—Rev. Esp. de Medicina y Cirugía de Guerra. Año II, tomo II, núm. 5, 1939.

26) ALGUNAS CONSIDERACIONES PARA LA REFORMA DE LA ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA DE ESPAÑA.—Revista de Sanidad e Higiene Pública, marzo-abril 1939.

27) SOCIALIZACIÓN DE LA MEDICINA.—Medicina Española, 1939.

1940

28) EL ESPÍRITU DEL TIEMPO EN MEDICINA Y LA REFORMA DE LOS ESTUDIOS MÉDICOS.—Actualidad Médica, Granada, julio 1940.

29) SOBRE LOS PELIGROS Y LÍMITES DEL TRATAMIENTO CONVULSIVANTE POR EL CARDIAZOL.—Revista Clínica Española, núm. 2, 1 de agosto de 1940.

30) TRASTORNOS DE LA LÍBIDO EN LOS TRAUMATISMOS CRANEALES.—Acta Neuro. y Psíqu., núm. 1, septiembre 1940.

31) TRATAMIENTO DE LA ESQUIZOFRENIA POR EL CARDIAZOL Y LA INSULINA. (Revisión en relación con la propia experiencia.) En colaboración con L. Vela del Campo.—Revista Clínica, núm. 3, septiembre de 1940.

32) SENTIDO ÉTICO DEL MÉDICO ESPAÑOL.—Conferencia dada en 1940 en la inauguración del curso de la Academia Deontológica de Madrid.—Actualidad Médica, Granada, noviembre de 1940.

33) SOBRE LOS ATAQUES VEGETATIVOS.—Actas Españolas de Neurología y Psiquiatría, núms. 3 y 4, diciembre de 1940.

34) SOBRE EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE LA EPILEPSIA SINTOMÁTICA Y LA GENUINA.—Medicina, Madrid, diciembre 1940.

1941

35) MODALIDADES PSICOPATOLÓGICAS DE LAS IDEAS DELIRANTES.—Actas Españolas de Neurología y Psiquiatría, núm. 1, enero de 1941.

36) SOBRE EL LATIRISMO. (En colaboración con M. Peralta.)—Actas Españolas de Neurología y Psiquiatría, núm. 1, enero de 1941.

37) HEMANGIOMA EPIDURAL. (En colaboración con M. Peralta.)—Actas Españolas de Neurología y Psiquiatría, núm. 2, abril de 1941.

38) EPILEPSIA GENUINA Y LÓBULO TEMPORAL.—Actas Españolas de Neurología y Psiquiatría, núm. 2, abril de 1941.

39) EL DIAGNÓSTICO CONSTITUCIONAL Y HEREDITARIO DE LA EPILEPSIA GENUINA.—Acta Médica, núm. 3, año I, septiembre 1941.

40) EL MIEMBRO FANTASMA NEGATIVO. — Actas Españolas de Neurología y Psiquiatría, núm. 3, octubre 1941.

41) LA PSICOTERAPIA EN LA PRÁCTICA POLICLÍNICA. (En colaboración con Malabía y Cores.) — Revista Clínica Española, tomo III, núm. 5, noviembre de 1941.

42) PATHOS ÉTICO DEL HOMBRE ESPAÑOL.—Escorial, Madrid, 1941.

1942

43) NEUE FALLE VON LATHYRISMUS. (En colaboración con M. Peralta.)—Deutsche Zeitschrift für Verdauungs und Stoffwechselkrankheiten. B. 5, h. 6, 1942.

44) ATROFIA TENAR PARCIAL DE WARTEMBERG.—Revista Clínica Española, año III, tomo IV, núm. 2, enero 1942.

45) SOBRE EL DIAGNÓSTICO DE LA PICNOLEPSIA.—Medicina, enero, 1942, Madrid.

46) LA PSIQUIATRÍA EN ESPAÑA EN LA HORA PRESENTE. (Congreso Nacional de Psiquiatría, año 1942.)—Actas Neurológicas y Psiquiátricas, año III, núms. 1 y 2.

47) LAS ALTERACIONES NEUROLÓGICAS EN LA INTOXICACIÓN CIANHÍDRICA.—Ser, Madrid, 1942.

48) SOBRE EL FUNCIONAMIENTO DE LA CORTEZA VISUAL. (A propósito de un caso de jaqueca oftálmica.)—Revista Clínica Española, año III, tomo VII, núm. 3, 30 de diciembre de 1942.

49) NEUROSIS DE GUERRA. Ponencia en el Congreso de Psiquiatría. Año 1942.—Acta Neur. y Psíqu., año III, núms. 1 y 2.

50) SÍNTESIS MÉDICA.—Neurología y Psiquiatría, año 1942.

51) EL ELECTROSHOCK EN EL ASMA BRONQUIAL. (En colaboración con B. Sánchez Cuenca.)—Revista Clínica Española, año III, núm. 4, 30 noviembre 1942.

1943

52) NEUROLOGISCHE ERSCHEINUNGEN INFOLGE VON BLAUSAUREINTOXICATIONEN.—Arch. f. Psych. Bd. 116, h. 1, 1943.

53) DIE ELECTROKRÄMPFBHANDLUNGEN IM BRONCHIALASTHMA. — Forsch. Therapie, 19 Jahr, h. 6, 1943.

54) LA EPILEPSIA PARKINSONIANA.—Revista Clínica Española, año IV, tomo VIII, núm. 2, 30 enero 1943.

55) DIE PARKINSONSCHE EPILEPSIE. — Nervenartz, 16 Jahr, 1943, h. 11.

56) LA FORMACIÓN PROFESIONAL DEL MÉDICO.—Razón y Fe, noviembre 1943.

57) FACTORES GENÉTICOS DE UNA POLÍTICA DE POBLACIÓN.—Ser. Revista Médico-Social, Madrid, 1943.

58) RECIENTES AVANCES EN LOS CONOCIMIENTOS DE LA SÍFILIS NERVICSA. (Capítulo de la obra *Curso de tucha antivenérea*, publicado por la Jefatura Provincial de Sanidad, de Madrid.)

1944

59) SÍNTESIS MÉDICA.—Neurología y Psiquiatría, 1943-1944.

1945

60) AQUINESIA ALGERA, DISOPIA ALGERA Y ACATISIA.—Revista Clínica Española, año VI, tomo 17, núm. 6, 30 junio 1945.

61) LA HISTERIA EN EL SIGLO XIX.—Conferencia en la Cátedra de Historia de la Medicina, del Prof. Lain Entralgo.—Publicada en Medicina Clínica, año III, tomo IV, núm. 30, junio 1945.

62) ENDOCISTOGRAFÍA Y PERICISTOGRAFÍA CEREBRALES. (En colaboración con M. Peralta)—Revista Española de Cirugía, tomo II, núm. 7, julio 1945.

1946

63) PATOLOGÍA PSICOSOMÁTICA Y PATOLOGÍA PERSONAL.—Medicamenta, año IV, núms 101 y 102, mayo-junio 1946.

64) EL PROBLEMA DE LA ENURESIS INFANTIL.—Acta Pediátrica, 1946.

65) ATAQUES EPILÉPTICOS Y NEURINOMA PERIFÉRICO. (En colaboración con F. de Castro.)—Medicina Clínica.

66) SIRINGOMIELIA Y TRAUMA. (En colaboración con M. Morillas.)—Revista Clínica Española, 1946.

67) ALTERACIONES PSÍQUICAS Y TRONCO CEREBRAL.—Revista Clínica Española, 1946

1947

68) PROBLEMAS CLÍNICOS DE LOS TUMORES CEREBRALES.—Boletín Cultural e Informativo del Consejo General de Colegios Médicos de España, vol. III, junio 1947, núm. 11.

69) PSICOSIS SENILES.—Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría, vol. VI, febrero 1947. (Lección oposiciones Cátedra Psiquiatría.)

70) NEUROSIS EXPERIMENTALES Y NEUROSIS DE GUERRA.—Clínica y Laboratorio, 1947.

71) DIRECCIONES ACTUALES DE LA PSICOTERAPIA.—Yatros, Revista de Oviedo, 1947.

72) TEXTO TAQUIGRÁFICO DE LA CONFERENCIA SOBRE LEUCOTOMÍA Y LÓBULO FRONTAL.—Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría, vol. VI, núm 3, 1947.

1948

73) ANGUSTIA, EXISTENCIA Y VITALIDAD.—Publicado en la Revista de la Universidad de Buenos Aires, julio-septiembre 1948.

74) EL ALMA EN LAS ENFERMEDADES DEL CUERPO. PATOLOGÍA DE LA VITALIDAD.—Publicado en Medicamenta, 1948.

1949

75) LA ANGUSTIA Y LA DINÁMICA DE LOS INSTINTOS.—Revista de la Universidad de Buenos Aires, abril-junio 1949.

76) HEMIPARESIA HOMOLATERAL CON AUSENCIA DE OTROS SÍNTOMAS DE LOCALIZACIÓN EN MENINGIOMA PONTO-TEMPORAL IZQUIERDO.—Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría, 1949, núm. 4, pag. 326. (En colaboración con Obrador Alcalde.)

77) ANGUSTIA Y EXISTENCIA. PATOLOGÍA DE LA VITALIDAD.—Conferencia del Centenario del Manicomio Bombarda. Actas.—Lisboa, 1949.

1950

78) ANGOISSE, EXISTENCE ET VITALITÉ.—L'Evolution Psychiatrique, núm. II, 1950, págs. 263-292.

79) NIETZSCHE Y LA PSICOLOGÍA MODERNA.—Arbor, abril, 1950.

80) EL TRATAMIENTO ACTUAL DE LA EPILEPSIA GENUINA. Curso de Progresos Terapéuticos.—Paz Montalvo, Madrid, 1950.

81) SOBRE LA CONDUCTA SEXUAL DEL VARÓN. Encuesta científica norteamericana.—Arbor, 55-56, julio-agosto, 1950.

82) SOBRE LA GÉNESIS Y LA SITUACIÓN CLÍNICA DE LAS ACROPARESTESIAS.—Homenaje a Egaz Moniz.—Anais Portugueses de Psiquiatría, vol. II núm. 2, agosto 1950.

83) INDICATIONS RESPECTIVES DES MÉTHODES DE CHOC.—Congrès International de Psychiatrie, París, 1950.—Intervención 4.ª sesión.—Herman & Cie, editeur.—Actes du Congrès I de Psych., París.

84) PSICOPATOLOGÍA DE LOS DELIRIOS.—Primer Congreso Mundial de Psiquiatría, 18-27 septiembre de 1950, París.—Intervención en la Primera Sesión Plenaria como orador invitado.

85) DESPERSONALIZACIÓN.—Primer Congreso Mundial de Psiquiatría, París, 1950.—Intervención en el Simposio.

86) UNIFICACIÓN DE LA TERMINOLOGÍA.—Journal du Premier Congrès Mondiale de Psychiatrie.—Paris, 1950.

87) LEUCOTOMÍA TANSORBITARIA. (En colaboración con P. Peralta y C. Martín Santos.)—Revista Clínica Española, 1950.

#### EN PRENSA

88) LA CONMOCIÓN CEREBRAL Y SUS SECUELAS.—En el curso organizado por el Instituto Nacional de Previsión.—Clínica del Trabajo. Conferencia dada en Oviedo el 4 de marzo de 1950.—Publicaciones del Instituto Nacional de Previsión.

89) LOS MÉTODOS DE CHOQUE EN PSIQUIATRÍA.—Boletín del Consejo General de Colegios Médicos.

90) LA FORMA CENTRAL DE LA TROMBOARGITIS OBLITERANTE.—Actas Luso-Españolas.

91) L'AQUINÉSIE ALGERE.—Acta Neurologica et Psychiatrica Belgica.

92) THE VITAL ANXIETY.

93) LA IDEA DEL HOMBRE EN LA BIOLOGÍA MODERNA.—Arbor.

94) BEMERKUNGEN FÜR DIE PSYCHOPATHOLOGIE DER WAHNVORSTELLUNGEN. (Nervenartz.)

95) PSYCHO-SOMATISCHE PATHOLOGIE UND TIMOPATHISCHE KREIS. (D. m. W.)

96) SOBRE EL SÍNDROME MARGINAL FUNCIONAL SILVIANO (STATUS MARMORATUS DE C. VOGT Y ATROFIA GRANULOSA DE LA CORTEZA DE SPATZ). (En colaboración con Julio C. Ortiz de Zárate.)

97) INDICACIONES DE LA LEUCOTOMÍA SEGÚN NUESTRA EXPERIENCIA. (En colaboración con P. Peralta.)

98) SINTOMATOLOGÍA PSÍQUICA DE LOS TUMORES CEREBRALES. (En colaboración con P. Peralta.)

99) SUR L'ÉRYTHROMELALGIE.—Compte rendu del Congreso Internacional de Neurología de Paris, 1949. Tomo IV.