



La peligrosidad en el comienzo de la psicosis ⁽¹⁾

POR EL

DR. R. ALBERCA LORENTE

Médico-Director del Manicomio Provincial
de Murcia

Mi conferencia de hoy tal vez debiera llevar un subtítulo que fuera, por ejemplo: «Justificación del psiquiatra ante los Tribunales de Justicia», porque alguna vez ha de sernos permitido a los psiquiatras defender nuestra tarea de la sonrisa socarrona con que la mayor parte de la gente de la calle—algún jurista incluso—acoge a menudo nuestros informes periciales. Así, cuando se dice por ahí que los psiquiatras encontramos por todas partes enfermedades mentales, y gentes sesudas se horripilan de que también a ellos les encontraríamos puntos flacos—en lo que a lo mejor no van descaminados—, y se desliza la especie de que tratamos de salvar delincuentes a troche y moche porque somos así de generosos o de inconscientes, apenas se cuenta con que, por lo común, sólo somos llamados para informar de casos en los que hubo de antemano algún motivo para sospechar siquiera la anormalidad. Y menos aún se advierte que el definir un trastorno mental no acarrea siempre la exención de la pena, en muchos casos ni siquiera es motivo atenuante.

Yo no quiero decir que el psiquiatra va a acercarse al presumible enfermo con cara hosca, dando de lado a su mejor característica de médico; pero por muy habituado que el médico esté a tratar de salvar a

(1) Conferencia pronunciada el 27 de mayo de 1947 en el Seminario de Derecho Penal de la Universidad de Barcelona. PROF. PÉREZ VICTORIA.



un hombre, a procurar su bienestar individual; cuando se enfrenta con problemas legales sabe de sobra que el bien individual no puede estar de punta con el bien común a cuyo logro sirve la Justicia. Y así, yo mismo he mantenido un criterio más bien restrictivo, al que no creo que ningún jurista tenga que reprochar de blando, al comentar sobre la valoración penal, no sólo de las psicopatías, sino incluso de auténticas enfermedades mentales en determinados momentos de su evolución.

Llamamos psicópatas—ustedes lo saben—a los anormales o medio locos, a ese tipo de gentes que ni son enteramente normales ni están enteramente locos; que tienen fundamentalmente un defecto afectivo o caracterológico, el cual nace y muere con ellos, o casi. Son, según la conocida definición de K. SCHNEIDER, «personalidades anormales que por su anormalidad sufren y hacen sufrir a los demás». Su defecto caracterológico es de siempre y para siempre, y está profundamente anclado en su personalidad, por lo común con raíces hereditarias. Hay ahí un grupo de sujetos delincuentes habituales y reincidentes, como en ningún otro campo de la psiquiatría, en cuya cima está la vieja locura moral. Se dá en ellos, en suma, una disposición patológica que es uña y carne de la personalidad del sujeto, el cual no puede modificarla con esa voluntad a que la gente atribuye posibilidades de sortilegio; que está incluso condicionada por la herencia, y que es difícilmente modificable o inmodificable con nuestros recursos técnicos, de modo que dura por fuerza tanto como la vida del sujeto. Nada, pues, tan ajeno a la libre determinación, y, por consiguiente, tan propicio para ser exculpado por sus delitos, que no pueden tener para nosotros nada de inesperado. Y sin embargo, la generalidad de los autores, psiquiatras como penalistas—METZGER, CREUTZ, GRUHLE, ASCHAFFENBURG, VORKASTNER...—estiman que una psicopatía sólo por excepción puede considerarse como eximente; que en muchos casos es, a lo sumo, una atenuante; algún autor, como METZGER, propone una fuerte pena para los psicópatas delincuentes habituales y peligrosos, y MEGGENDORFER advierte que la pena, en tales casos, apenas intimida bastante.

Por mi parte, me hago cargo del trabajo que cuesta admitir que una personalidad que no es normal y cuya anormalidad tiene raíces tan profundas, incluso hereditarias, no pueda beneficiarse siquiera de la atenuación de la pena. Yo no tendría ningún inconveniente en que se rebajara la pena a compás de su anormalidad; pero, a causa de sus características esenciales y de la irreductibilidad de su trastorno, al modo como la eximente por enajenación llevá en nuestro Código aparejado el internamiento en un Establecimiento para enfermos mentales, el psicópata delincuente había de ser internado en un Establecimiento adecuado para psicópatas, con características especiales que no son las de la cárcel ni las del

Manicomio, por tiempo y medida parejos a los motivos de la atenuación. Cuanto menos imputable le sea el hecho delictivo por su anormalidad, es decir, cuanto más profunda su anormalidad, tanto más abiertas las puertas para entrar en el Establecimiento. La ley alemana de 1933 (art. 42) decía que, en tales casos, el internamiento había de durar indeterminadamente hasta que, con la mejoría del defecto, se lograra una clara voluntad de reintegrarse a la comunidad y plena capacidad para cumplir tal propósito. Y entre nosotros, puesto que no hay una posibilidad análoga, recomendábamos que se echara mano para tales casos de la ley de Vagos y maleantes y delincuentes peligrosos, que decide que habrán de ser internados en Establecimientos de custodia, precisamente después de cumplir la pena impuesta, por tiempo relativamente indeterminado, ya que no ha de pasar de cinco años. No es justo, como se ha hecho alguna vez, elevar la pena a un psicópata por serlo; yo no veo inconveniente en rebajarla por su psicopatía, más aún cuando la prisión, lejos de intimidarles o de corregirles, se les convierte en escuela de malas artes; pero, puesto que son peligrosos, ha de internárseles preservando de ellos a la sociedad, no para su castigo, sino como medida de prevención y defensa social para evitar la reproducción segura del delito según los modos de la escuela positiva, y para corregirle, si es posible, según las apetencias de los correccionistas.

Las psicosis son cosa enteramente distinta. Ellas son las auténticas enfermedades mentales, prenden en un sujeto de psiquismo ya desarrollado (frente a las oligofrenias como defecto intelectual congénito, y a las psicopatías), mentalmente sano o casi, desde dentro del sujeto o por motivos exógenos, trastornan profundamente hasta las raíces de la persona y dejan en ciertos casos un defecto demencial. El término demencia hay que reservarlo para «la pérdida persistente de aptitudes y disposiciones psíquicas en cualquiera de sus formas», según la definición de JASPERS. La demencia sería, pues, persistente e irreparable, y en las psicosis queda abierta la posibilidad de una recuperación—con riesgo o no de reproducción—plena como en la psicosis maniaco-depresiva, o con un defecto residual como ocurre a menudo en la esquizofrenia. El grupo clásico de las demencias estaba constituido por procesos orgánicos (demencia senil, arterioesclerosis, parálisis general progresiva, etc.); pero, más aún que por el hecho de que ciertas psicosis como la esquizofrenia pudieran dejar cuadros demenciales ya no modificables (también la epilepsia), porque procesos demenciadores como la P. G. P. resultan modificables, en parte al menos, por nuestros recursos actuales, de modo que se han hecho menos permanentes y definitivas, los límites entre psicosis y demencia van borrándose y el término psicosis amenaza con invadir toda la psiquiatría. Quede dicho, de todos modos y en es-

quema, que la psicosis es algo que irrumpe en una personalidad sana o casi, y tiene ciertas posibilidades de mejoría o recuperación que en la demencia no caben.

Pues bien; hasta de procesos auténticamente demenciadores cabe decir que no basta diagnosticarlos para concluir la eximente. Yo mismo me he afanado en recalcar que casos de esquizofrenia que tienen un comienzo solapado con trastornos de gravedad pareja a las de las psicopatías sólo constituyen atenuantes. Y que lo mismo ocurre respecto de los cuadros residuales de la esquizofrenia, según el criterio de KOOPMANN, y según NIEDENTHAL, que asegura que esquizofrénicos tratados pueden considerarse responsables con tal que la esquizofrenia esté prácticamente curada, que haya transcurrido un año al menos desde la salida del Manicomio reincorporado a la vida social, que la enfermedad no prosiga insidiosamente, que no se concrete efectivamente una alteración del pensamiento durante y después del hecho delictivo, y que la realización del delito no muestre particulares influjos patológicos. Y análogamente BOSTROEM respecto de los paralíticos tratados, cuya responsabilidad afirma en casos curados capaces de cultivar con éxito su profesión no rutinaria, o manejarse en una análoga profesión nueva; cuando la familia ya desde hace tiempo no observa rarezas, y con tal que los datos de sangre y líquido céfalo-raquídeo permanezcan negativos desde un año atrás.

Quede, pues, firme que no basta concluir el diagnóstico de una psicosis para considerarla como eximente, sin más. Pero, junto a eso, como la contrapartida de los casos en que la psicosis está en marcha solapada e insidiosamente y sus síntomas escasos no bastan para exculpar, quisiera referirme ahora a aquellos otros casos de los mismos procesos en que el acto delictivo es el primer síntoma—por lo menos el primer síntoma aparatoso—de la iniciación de la enfermedad en toda su plenitud. A veces el delito se reúne con un cuadro psicótico tan florido que a la gente no le cuesta trabajo admitir que se trata de un enfermo, aunque les chocha su irreprochable conducta anterior; pero, en otras ocasiones, el delito constituye como una cima en un trastorno mental profundo aunque difícil de captar por las gentes, para el no psiquiatra, y otras veces apenas ocurre más que el trastorno agudo que hizo posible el delito y parece que todo está normal antes y después.

Desde el punto de vista de su delictividad, hemos de contraponer—por el camino de BIRNBAUM—las psicopatías y las psicosis que tienen, como grupo, características criminopatológicas definidas y opuestas. Las *psicopatías* son anormalidades caracterológicas y afectivas, congénitas o adquiridas en los primeros tiempos de la vida, que duran inmodificadas

lo que el sujeto, y dejan la inteligencia libre, al menos hasta cierto punto—un problema que no vamos a discutir ahora—. Ahí se reúnen los tipos más diversos—del explosivo al fanático, del histérico al loco moral—, con una característica esencial: que su conducta entera es para nosotros comprensible a partir de su anomalía, es decir, que nosotros comprendemos y hasta podemos esperar la agresión del explosivo a quien pisan en el tranvía, la pataleta del histérico ante el disgusto familiar. Por todo eso, BIRNBAUM había definido como características de la delictividad de los psicópatas: la diversidad de delitos, su reiteración y su comprensibilidad, bajo la rúbrica de una delictividad caracterógena. El grupo comprende, en efecto, tipos psicológicos tan diversos que no es de esperar, y no se da, un delito unitario; el delito se reproduce casi estereotipadamente en cada caso, de una parte porque, según se ha dicho, la alteración es de siempre y para siempre, sigue en pie a lo largo de la vida, y de otra parte porque, por lo común, apenas nos defendemos de ellos, como se ha dicho, con condenas, a menudo cortas, que permiten al psicópata salir a la calle de nuevo como antes o peor; el delito, en fin, es aquí comprensible porque es siempre expresión de una alteración caracterológica a la que podemos comprender porque está cerca del normal y porque se da siempre la relación entre el tipo de anormalidad y el tipo de delito: el explosivo sólo produce delitos violentos e impremeditados, y frente a eso, el loco moral que reincide también, como aquél, en sus delitos, a menudo en el mismo tipo de delito, se caracteriza, junto al desprecio con que considera la razón de los otros hombres y a su incapacidad para adaptarse al trabajo y la vida común, por la fría premeditación con que realiza aquél.

Yo no voy a ocuparme en detalle de la peligrosidad y los delitos de los psicópatas, mas aun que porque el primero y los demás delitos sean en ellos iguales y porque la psicopatía sea así igualmente peligrosa antes que después, porque su campo es extremadamente extenso frente al número escaso de delitos de los psicóticos auténticos. Si he comentado todo eso ha sido simplemente para contraponer a la figura de las psicopatías los rasgos delictivos en las psicosis.

En las *psicosis*, en efecto, frente a la reiteración y la comprensibilidad de los delitos del psicópata, son firmes dos rasgos esenciales: primero, los psicóticos suelen producir un delito único que no se repite porque, por lo común, es de tal naturaleza, se echa de ver tan pronto la psicosis, que o se les interna, o se les cura si son susceptibles de tratamiento, ya que una psicosis puede abocar a una demenciación o curar, y no ha de durar lo que la vida del sujeto como la psicopatía; segundo, la falta de regularidad psicológica de los delitos, y la relativa intrascendencia de los motivos externos. El delito del psicótico es un delito ines-

perado, que no tiene que ver con la personalidad anterior del sujeto como en las psicopatías, que a menudo está en contraposición con aquella personalidad anterior, y que ni siquiera está decidido por motivos externos, cuya significación aquí es prácticamente nula. Aquí todo es para el normal incomprendible, como es incomprendible en general la psicosis frente a la psicopatía. El riesgo del delito del psicópata está en su reiteración; pero la gente le ve venir a menudo incluso desde pequeño, pues todos hemos pronosticado a alguien, sin equivocarnos, que sería un bala perdida; el riesgo del delito del psicótico está en lo inesperado, en que se desconoce su posibilidad. Todos conocemos psicópatas cuyo trato evitamos por su afán pendenciero; frente a eso, para que quede firme el recuerdo de las características criminopatológicas en las psicosis, yo puedo contar a ustedes cómo hace pocas semanas un señor que entraba tranquilamente en su casa se vió agredido por un sujeto, que intentó apuñalarle con un formón, el cual había sido visto aquella mañana merodeando por la casa y subiendo y bajando las escaleras más de una vez. El señor aquel no conocía de nada a este muchacho, que fué ingresado en el Manicomio porque en la Comisaría observaron que decía cosas incoherentes. Este presentaba una esquizofrenia paranoide y hablaba de que la gente se reía de él, de que el agredido era uno de los que se reían al pasar por el Casino y de que últimamente le habían echado algo en la comida para disminuirle, para cambiarle, de modo que todo se le acristalaba de manera en cierto modo opuesta a la del licenciado Vidriera. El señor aquel estaba preocupado ante el futuro sobre todo, con la inquietud que da lo incomprendible, pues él no conocía ni de vista a ese muchacho. Hasta qué punto los factores externos no cuentan aquí se ve bien claro si se tiene en cuenta que este señor ni se había reído ni conocía al muchacho (como otra cosa que el explosivo que ha recibido realmente el pisotón). Quien espere comprender psicológicamente el delito de un psicótico (tal vez con excepción de la psicosis maníaco-depresivas y la paranoia, que tienen—según dije aquí otra vez—una situación media entre las psicosis «demenciales» y las psicopatías), logrará tal vez una postura tan feliz, pero tan irreal, como la de un colega joven que vivía en la misma casa del señor agredido y que comentaba que acaso hubiera habido antes algo entre ellos, que no hay como tener la conciencia tranquila... Lo que no sabía él es que la agresión le iba tal vez destinada, porque el enfermo había visto en su puerta la placa de médico y suponía que fuera un médico quien proporcionara la medicina para disminuirle y trastornarle.

Así como en las psicopatías se dá una relación clara entre la especie de la psicopatía y el delito, entre la personalidad y el delito, aquí no existe en absoluto tal relación y el delito resulta, en definitiva, a un



tiempo incomprensible para nosotros y extraño a la personalidad del delincuente; de modo que el hombre más tierno y delicado y más asustadizo puede producir, cuando la psicosis llega, un delito de sangre. Es que en las psicosis el delito es extraño a la personalidad del enfermo, como lo es la psicosis, pues se trata de algo nuevo que irrumpe en la personalidad; las tendencias criminales aquí son expresión, no de la personalidad prepsicótica, sino de las alteraciones producidas por la psicosis, y nos resultan tan incomprensibles como la psicosis misma. De todos modos, en uno y otro caso, hemos resumido nosotros al comentar sobre la adecuación y la extrañeza del hecho delictivo a la personalidad del delincuente en las psicopatías y las psicosis según MEZGER, el delito es siempre adecuado al estado del sujeto como lo realiza; allí hay una ligazón entre los caracteres del delito y la personalidad de siempre del psicópata, porque el psicópata es siempre así; aquí no hay una ligazón comprensible porque una psicosis no es comprensible para nosotros, es algo nuevo, extraño a la personalidad del delincuente, y el delito es tan inesperado y anómalo como todas las actividades del psicótico.

Pero además de que aquí el delito se produce una sola vez, de lo incomprensible e inesperado, de la falta de regularidad psicológica del delito y la intrascendencia de los motivos externos, los delitos de los psicóticos tienen otra característica especial: su producción, por lo común, en el comienzo de la enfermedad, cuando el enfermo es todavía normal para el ambiente—lo que supone una cierta confianza en él—y cuando el proceso no ha trastornado todavía profundamente funciones psíquicas que se ponen al servicio de la delictividad. La regla no es absoluta, pues BIRNBAUM mismo destaca cómo junto a la hebefrenia, por ejemplo, en la que la criminalidad se da sobre todo en el comienzo del proceso, en la demencia arterioesclerósica suele ocurrir al final, cuando la demencia está decididamente hecha. Y en la paranoia el delito suele producirse más aún que en el comienzo—cuando el enfermo aún no está entregado a su delirio—o en su ocaso—cuando el enfermo ha aprendido a luchar y defenderse del delito—, en su punto cimero, por la específica conservación de la inteligencia que se pone al servicio del delirio, y por lo solapado de su formación, a menudo sin que el ambiente se percate de ello y deje de confiar en el enfermo.

Pero, por lo común, los delitos de los psicóticos se producen en la iniciación de la enfermedad. En otro tiempo, precisamente por eso, se llamó período médico-legal de la parálisis general progresiva—por extensión también en la esquizofrenia—al de su iniciación, cuando, justamente porque aún no se presumía que el sujeto estuviera enfermo y porque quedaba conservado un cierto caudal de inteligencia, se abría ampliamente el camino delictivo. En general, el momento peligroso de



las psicosis es, pues, el de su iniciación, por motivos externos e internos: en lo externo porque el sujeto conserva aún todas sus relaciones con el buen sabor de su normalidad de siempre, nadie desconfía de él, etc.; en lo interno, porque el trastorno afecta aún sólo a una parte de las funciones psíquicas y deja conservadas otras que se destruirán luego, incapacitándole para la comisión del delito. Es conocido que todas las funciones no se alteran en las psicosis al mismo tiempo, y que algunos síntomas iniciales incluso desaparecen con el avance de la enfermedad. Así, en la esquizofrenia ocurren al comienzo síndromes de depersonalización (la sensación de extrañeza del propio yo, del propio cuerpo o del ambiente; a veces depersonalización no total, sino de funciones parciales: del pensamiento—«mis pensamientos no son míos, están separados de mí»—, o del lenguaje, o de los sentimientos, o de la voluntad—«soy como una máquina; debes de hacer esto o lo otro»—, o de las percepciones—«es todo tan especial, tan innatural»—, o de la actividad de la conciencia—«como un sueño, como un desvanecimiento»—, de modo que hablamos de despersonalización parcial) que desaparecen con la progresión de la enfermedad, desplazadas por las alucinaciones e ilusiones y las ideas delirantes, según HAUG. Y análogamente, en la psicosis maníaco-depresiva aparece la depersonalización en la iniciación de la psicosis, o en la fase de transformación de la fase maníaca a depresiva, o al revés, como suele ocurrir al comienzo y al final de las fases (ROSENFELD, STÖRRING, SCHILDER), aunque aquí STÖRRING ha intentado separar esa depersonalización que aparece en las fases de transformación de la enfermedad como «forma abortiva, condicionada reflexivamente» por la comparación entre el estado actual y el de antes, de la depersonalización auténtica, «primaria» intuitiva, más gnóstica que afectiva, que se daría más tarde en la esencia de la auténtica depresión, pues HAUG hace notar que entre los dos polos hay todas las transiciones. El caso es que tal síntoma no aparece en las esquizofrenias ni en las depresiones con rasgos paranoides. Y que no ocurre tampoco en la parálisis general, en las oligofrenias, en la demencia epiléptica (en la epilepsia no demencial sí, como aura o equivalente, o en la reinstauración de la conciencia después de un ataque—JANET, HESNARD, SCHILDER, ISERLING, HAUG, yo mismo—), porque faltan la capacidad crítica y la memoria para comparar entre el antes y el ahora, la capacidad para registrar, criticar y dudar; y en el paranoico porque tampoco él duda ni critica, «por la debilidad de la fuerza lógica» (la superación de la lógica por los efectos de que hablaba BREULER). En aquellos casos sobre todo es evidente, como decía JASPERS, que para la vivencia de depersonalización es esencial un cierto grado de diferenciación. Y lo mismo puede decirse de los delitos. El mismo proceso que hace que la depersonalización desaparezca con la

desaparición de las capacidades críticas, hace que las fases finales de las psicosis sean, en oposición a las primeras, menos peligrosas, pues la destrucción de la inteligencia, la apatía, la pasividad, dificultad el planteamiento y la comisión del delito, aparte de que la gente sabe ya a qué atenerse respecto del enfermo. Por motivos parejos son peligrosas las remisiones, a la manera—continuamos la comparación con un síntoma como la depersonalización—como en una psicosis esquizofrénica puede producirse tardíamente un nuevo cuadro de depersonalización sobre la nueva personalidad, sobre el «tipo de compensación», según querían GYARFAS y G. SCHULTZ.

La falta de ligazón entre el cuadro psicótico y el delito, denunciada por BIRNBAUM, hace que no pueda hablarse aquí de delitos típicos. La actividad criminopatológica no constituye, desde luego, una unidad con el proceso, pues unas veces la actividad delictiva está vinculada, no al proceso en sí, sino a uno de los síntomas que se dá con caracteres parecidos en otros procesos (alucinaciones, ideas delirantes, estados crepusculares, etc.); y, por otra parte, dentro de una misma enfermedad se reúnen a menudo diversos de esos síntomas, cada uno de los cuales puede condicionar un delito, de modo que la actividad delictiva puede ser muy diversa de uno a otro caso de una misma enfermedad (por ejemplo, en la esquizofrenia pueden darse alucinaciones, ideas delirantes, estados crepusculares). Pero aunque todo eso dificulte el llegar a una conclusión unitaria, es evidente que algunos delitos se dan con una cierta regularidad en ciertas psicosis: por ejemplo, el suicidio en las depresiones; los asesinatos de masas en la paranoia (a destacar que los delitos van siendo más típicos cuanto más se aleja el proceso del concepto de demencia y más se acerca a las psicopatías según mi modo de ver).

En lo que hace a los *cuadros orgánicos*, es decisivo para la elaboración del delito—junto al llamado síndrome amnésico de la psicosis de KORSAKOW—el defecto intelectual y voluntario y la lesión de la afectividad; y, en el fondo, la ruina de la personalidad entera. No vale la pena discutir aquí si, como quería BLEULER, lo primario es el defecto intelectual de modo que los seniles no sentirían como los normales, porque no llegan a comprender su trastada, o si, como quiere BUMKE, no comprenden como los normales porque no les importa ni les afecta nada por su defecto afectivo. En lo que hace a los *seniles*—y la conclusión es casi válida para las otras demencias del grupo, arterioesclerosis, P. G. P., etcétera—, la pérdida de la inteligencia, de la capacidad de juicio, etc., decide unos tipos de delito, el defecto emocional y afectivo decide otros y, en la generalidad de los casos, concurren una cierta fácil impulsividad y una cierta incapacidad para frenarla por el fallo de las funciones psí-

quicas más altas. Así, en la demencia senil el defecto intelectual y de la voluntad decide la presentación de delitos por negligencia (incendios, perjurios y calumnias, etc.), y el defecto afectivo, de la impulsividad, de los sentimientos éticos, etc., la aparición de los delitos sexuales que se dan aquí con notoria abundancia. WEIS ha destacado la frecuencia con que en tiempos de inflación se producen delitos de ocultación y acaparamiento, sobre todo por mujeres viejas.

De todos modos, ni los delitos sexuales son exclusivos de la demencia senil, ni ella deja de producir, según se ha dicho, otros delitos. Una estadística de KORT que se refiere a 242 delitos sexuales informados, indica que el 62 por 100 se daba en jóvenes y gentes de edad madura. El 15 por 100 eran exhibicionistas; el 10 por 100 fueron intentos de violación; el 10 por 100 actos contra natura, y el 5 por 100 incesto. Daban el más alto porcentaje los psicópatas, 31 por 100; luego alcohólicos, el 30 por 100, de los cuales el 23 alcohólicos crónicos; el 21 por 100 eran débiles mentales; el 7 por 100, esquizofrénicos; el 6,5, dementes seniles; el 5, epilépticos, etc. En cambio, una estadística de MICHEL sobre piromanía, destaca la gran frecuencia de seniles entre sus casos (10 de 41 casos; sólo la imbecilidad la sobrepasa con 11 y se le acerca la esquizofrenia con 9).

Se dice que los delitos sexuales estarían condicionados conjuntamente por el fallo de las aptitudes intelectuales y críticas y por el de los sentimientos éticos; pero, en todo caso—recuerda BIRNBAUM—, la demencia podrá explicar el fallo de los frenos críticos, pero no el alza de la función sexual que evidentemente ocurre en los viejos, incluso normales, con el mismo sentido. A ese respecto BRESLER recuerda la frecuencia de los matrimonios de viejos con muchachas jóvenes. Por ahí sabemos todavía demasiado poco y se nos quedan sin resolver muchas incógnitas; por ejemplo, el hecho señalado por KORT de que entre los delincuentes sexuales haya un alto porcentaje de profesiones elevadas (maestros, universitarios, etc.).

Características parejas tienen los delitos de la *parálisis general progresiva*. También aquí aparecen precozmente, antes de que ocurra un cuadro expansivo o de otra especie que favorezca el diagnóstico, groserías, inatenciones, indelicadezas y delitos sexuales, más aún que por impulsividad aumentada, por negligencia—el enfermo sale sin abrocharse el pantalón por descuido—o porque en realidad no tienen motivo ni freno para otra cosa, a la manera de un enfermo mío, que pidió a otro señor que le diera su esposa porque nunca le había dado nada. El cuadro se inicia a menudo tan solapadamente, tan dejando conservadas muchas actividades de la vida diaria, sobre todo en las formas demenciales simples, que posibilita la comisión de

delitos y fué el motivo para que este período de la iniciación se llamara período médico-legal de la P. G. P., porque muchos casos ponían sobre la pista de su enfermedad desde el delito. La cosa ha cambiado mucho de cariz por dos motivos: de una parte, porque la enfermedad se diagnostica antes, con lo que se evitan muchos de esos delitos; pero, por el contrario, de otra parte, se reafirma ese período con rasgos nuevos a los que antes no se dió importancia, de modo que ahora el período médico-legal coincide con lo que llamamos el comienzo neurasteniforme de la enfermedad, el cual tiene notoria importancia forense aquí y en otras psicosis.

El concepto de neurastenia ha abierto muchos caminos en Psiquiatría; pero como contrapartida, produjo originariamente un gran daño: el que la gente y muchos médicos incluyeran ahí procesos de naturaleza orgánica en los que había que hacer otra cosa que dejarles quietos con su diagnóstico. Luego hemos ido aprendiendo que muchos casos que teníamos por neurastenias son formas neurasteniformes de comienzo de enfermedades más graves y que el cansancio psíquico, la falta de capacidad de concentración, la disminución de la productividad intelectual, el fallo de la memoria, la labilidad afectiva, la excitabilidad frente a pequeños estímulos, la falta de tensión de la voluntad, pueden ser expresión de un cuadro neurasténico; pero también síntomas iniciales de otros procesos que importa mucho despistar desde los primeros momentos.

En lo que hace a la P. G. P., BÜRGER-PRINZ, siguiendo a GERTSMANN y a MEYER y a PÖNITZ, se ha afanado en precisar las formas clínicas de comienzo, de cara al pronóstico. Y luego de destacar la importancia de las alteraciones de la inteligencia, de la afectividad y el tiempo, reivindica la importancia de los viejos síndromes neurasteniformes. Así, define un grupo primero que comprende los con alteraciones *corporales* solamente, psíquicamente intactos, pues la sensación de malestar y tristeza que presentan es la expresión psíquica de la alteración de su estado vital; el segundo grupo comprende los *astenizados*, gente insegura que siente oscilar la tierra bajo sus pies, en que, sin embargo, la inteligencia, las impulsiones, los intereses, están bien conservados; son casos en que la personalidad se mantiene en su nivel, pero la sensitivación y la astenia conduce a una típica debilidad excitable, la cual puede dar lugar a delitos por negligencia y a reacciones explosivas; el grupo tercero es el de los con alteraciones *afectivas*, con sus tipos blandos, llorones y lábiles; el cuarto, el de los *agotados*; el quinto, el de los *extenuados*, y siguen los *expansivos*, los *deprimidos*, los *hipománicos*, los *orgánicos*, los *demeniciados* y los con formas de reacción *exógena*. El llega a la conclusión de que aquellos primeros tipos, pseudoneurasténicos, son precisamente

de buen pronóstico. Y nosotros recalcamos la necesidad de despistarlos pronto, por su mejor pronóstico, pero también, desde el punto de vista forense, porque casi ha quedado acantonado ahí el período médico-legal de la P. G. P.; casi son los casos que, por no presumirse enfermos, pueden dar lugar a conflictos con las leyes y ser ése el primer motivo hacia su diagnóstico. Justamente ése es también el momento de riesgo para el suicidio cuando al enfermo le queda capacidad para comprender la gravedad de su enfermedad y se suicida así desde motivos normales (GRUHLE).

Y análogamente en la *tuberculosis*, por ejemplo, en que se dice que la primoinfección está limpia por lo común de síntomas mentales, incluso neurasteniformes; pero cuando la enfermedad tuberculosa no se detiene en ese estadio, suelen aparecer síntomas neurasteniformes—ya dichos—incluso por delante del segundo estadio de hipersensibilidad de RANKE. Con ello se produce el fallo de las propias actividades: disminución de la actividad profesional, sentimiento de minus valía, lo que hace al enfermo desconfiado, propenso a reacciones neurósicas y a temores hipocondríacos—perder la memoria—; pero, sobre todo, a depresiones reactivas sintomáticas, cerca de las endógenas, sobre las dificultades de la vida condicionadas por la enfermedad. Aquí, frente a las viejas ideas que suponían precoz e importante la euforia—que más bien aparece al final y es signo de mal pronóstico—y el alza de la libido, sería más acusadamente tóxica la depresión que conduce al suicidio en gran número de casos en este estadio (KOPMANN, LIEBBERMEISTER), a veces con la muerte de la esposa por delante, como he visto alguna vez. Los cuadros neurasteniformes de aire depresivo son al comienzo tan destacables, que HOLLOS asegura que muchos casos diagnosticados de neurastenia son tuberculosis frescas; y aunque BOENING y BRAUENING tienen por exagerada esa afirmación, KLOOS y NAESER recalcan que esos síntomas que preceden a la expresión corporal de la tuberculosis posibilitan su diagnóstico precoz. Aunque BOENING y BRAUENING adviertan la necesidad de ser parcos en la interpretación de cuadros depresivos como limpiamente tuberculotóxicos, pues en muchos casos influye tanto como la toxicidad de la tuberculosis la reacción del enfermo ante el diagnóstico, es evidente su frecuencia por una u otra, o las dos causas. Y, en todo caso, son impresionantes la observación de KLOOS y NAESER en que el cuadro neurasténico-depresivo apareció un año antes de poderse diagnosticar la tuberculosis, y el de BOENING en que los síntomas psíquicos se iniciaron nueve meses antes de aparecer una caverna, que fué la primera manifestación somática de la infección tuberculosa.

Un síndrome neurasténico análogo ocurre, según EWALD, en la hematuria porfirinúrica y entre otros procesos, comienzo de la tripanosomiasis



con un estado de depresión, de apatía, risa y llanto involuntarios y agresiones sin motivo ni plan. La cosa es más de tener en cuenta dada la semejanza con la iniciación de la P. G. P., porque la tripanosomia suele dar Wa. positiva en sangre y liquor.

Esa precesión de los síntomas mentales que pueden dar lugar a delitos, no ya en la iniciación de una psicosis, sino incluso como expresión sintomática de una enfermedad psíquica y por delante de ésta, va a ser tocada más adelante. Ahora querría sólo, casi, enumerar los delitos que suelen producirse en la iniciación de otras psicosis típicas.

La *esquizofrenia* es el proceso menos unitario de toda la Psiquiatría. Ni en su sintomatología, ni en su esencia y etiología, ni en su curso, hay nada unitario. Junto a casos en que lo destacable son las alucinaciones o las ideas delirantes, en otros están en primer término los síntomas catatónicos o los trastornos de la afectividad. Y junto a casos que terminan en una demenciación auténtica (la demencia precoz de KRAEPELIN a que KLEIST querría volver a reducir la enfermedad), otros curan, con defecto o sin él, según la concepción bleuleriana. Y, así, los cuadros criminopatológicos son extremadamente diversos. BIRNBAUM recalca la importancia de la alteración de las asociaciones en sentido bleuleriano que justifica lo inesperado, lo incomprensible, lo inmotivado de los delitos, unas características que se dan aquí realmente como en ninguna otra psicosis; pero la diferencia de cuadros clínicos decide la diversidad de actos delictivos; delitos casi pasivos, agresiones inmotivadas decididas por la fuerza de la impulsión sin freno, y, junto a ellos, delitos de sangre, fríos, premeditados, calculados, cerca de los de los paranoicos o de la locura moral, los cuales—lo destaca BIRNBAUM—ocurren a menudo al comienzo, como ocurre, por la misma causa y la edad en que se producen, deserciones militares, prostitución y vagabundeo.

A menudo, el delito es casi el primer síntoma de la esquizofrenia o, como en el caso referido antes, el delito ocurre con una esquizofrenia en plena evolución, no diagnosticada antes porque no concurren al médico o por otro motivo. En otras ocasiones, es expresión de una alteración lenta, solapada y más o menos antigua de una enfermedad en que la actividad antisocial dá la base más firme para el diagnóstico. Mientras que las formas catatónicas y paranoides tienen contornos y cuadros clínicos precisos, las formas hebefrénicas, que se han comparado siempre a la edad del pavo, tienen límites menos rigurosos esencialmente con la esquizofrenia simple, de modo que BLEULER hablaba de que ellas constituían el gran cajón de sastre en que se incluye todo lo que no cabe en las otras formas. LEONHARD acentúa lo fundamental del trastorno afectivo en ellas y separa una forma pueril e insípida y otra embrollada, aquélla correspondiéndose con la hebefrenia de comienzo insípida



de KLEIST y ésta en parte con la forma depresiva y en parte con la catatonía estereotipo-iterativa de KLEIST en el comienzo. Pero lo que nos interesaba recalcar era cómo en aquella forma de hebefrenia pueril, insípida, con su timidez y su risa infantil, se producen, en el comienzo, robos, prostitución y, en general, pequeños actos criminosos, aquellos sencillamente porque no son capaces de resistir (una enferma de familia corriente se prostituyó simplemente una noche que fué a un albergue), y no cometen delitos más importantes porque son incapaces de una actividad persistente y continuada, pues ellos se inclinan sobre todo a no hacer nada y a dejarse alimentar, incluso, por los demás. A veces, sin embargo, los delitos pueden caer sobre ellos, porque con su aire tímido y sonriente realizan—si no temen ser descubiertos—pequeñas picardías contra los demás enfermos: escupen, ríen, quitan las cubiertas de las camas, hacen eructos ruidosos, aporream las puertas en la tranquilidad de la noche. Las enfermas se prostituyen muy rápidamente—dice LEONHARD—cuando la alteración psicótica aún no es aparente para el lego, porque no dá síntomas tempestuosos.

Mientras que esos enfermos no suelen hacerse vagabundos porque el vagabundeo supone una actividad y una energía de que ellos son incapaces, es típico de los hebefrénicos del otro grupo, de su contraparte, de los confusos o embrollados, el vagabundeo, pues aunque ocurra en las más diversas enfermedades esquizofrénicas, como señala WILMANN, es esta forma de hebefrenia la que da la mayor parte de los vagabundos incomprensibles, de los pordioseros que tienen rentas bastantes para vivir y de los que descienden de familias acomodadas. Por otra parte, en ellos se dan los manierismos como expresión de una tendencia compulsiva. Ellos son aficionados a coleccionar, no como el senil que cuando colecciona en esa medida no puede discernir sobre el valor o no de lo coleccionado, sino sabiendo que lo que coleccionan no tiene valor (piedras, hierbajos, etc.: un hebefrénico mío llevaba siempre los bolsillos llenos de piedras de la calle y papeles viejos). LEONHARD supone que cuando se amplía la tendencia a coleccionar objetos de valor real, producen robos estereotipados. La mayor parte de los auténticos cleptomano—dice LEONHARD—son auténticos esquizofrénicos hebefrénicos cuyo manierismo es el robar. El diagnóstico se dificulta a menudo, incluso después de larga permanencia en el Manicomio, porque faltan síntomas esquizofrénicos típicos y, naturalmente, rasgos paranoides y catatónicos. Aquí como siempre, insiste LEONHARD; la gran uniformidad y la falta de sentido de los robos habla—junto al cuadro entero con sus defectos éticos, las estereotipias de lenguaje, los neologismos, etc. (recuérdese el paso hacia la catatonía en KLEIST)—en favor de la psicosis, frente a los robos de los psicópatas más comprensibles.

Yo no quiero hacer más que recordar la frecuencia de los suicidios en las *depressiones*, conocida de todos, tan refinados y obstinados, a veces con el carácter del suicidio «ampliado o por extensión» de STRASSMANN en que el deprimido mata a su esposa e hijos y se suicida para evitarles la ruina o el deshonor (nuevos estudios de SCATAMACCHIA en Italia y de KOMINE en el Japón que lo liga con fallos económicos—un punto a menudo aquí discutible—). GRUHLE recuerda que en las *depressiones* de la involución la madre suele matar al hijo con ella. Yo quiero sólo señalar que aquí el éxito de la convulsioterapia no ha estado tanto en acortar la duración, de las fases, en mejorar pronto aquellas impuras y prolongadas *depressiones* tardías, sino más que nada en evitar los suicidios, pues a menudo el enfermo mejora desde la primera aplicación y se extraña él mismo de sus tentativas previas. De todos modos, es obligado recordar que, como quería BLEULER, la iniciación de la mejora es también un momento peligroso, incluso ahora, como en una especie de cambio de fase de que hablamos antes. Y que en los *maniacos* suelen darse precozmente los delitos sexuales por el alza de libido y la falta de freno (prostitución en la mujer; exhibicionismo, etc., en el hombre).

Y en la *paranoia*—hemos hablado de ello aquí mismo—son frecuentes los delitos de masas, si no en la iniciación de la psicosis, al menos en un momento en que aún no se ha encontrado motivo bastante para recluirles, de modo que el acto decisivo para su internamiento y su diagnóstico es el delito. Yo no quiero hacer más que recordar un par de casos que tienen ya puesto en la historia de la Psiquiatría: El caso WAGNER, que mató con un hacha sus cuatro hijos, su esposa, nueve personas más de Mülhausen, hirió otras 11, sacrificó ganado e incendió un gran número de casas y granjas. El caso HAGER, que para vengarse «del descaro del sexo femenino»—que se burla de él con muecas y gestos—, encarga flores en una tienda y mata a la joven que las trae, para él desconocida. Aquí, como tantas otras veces, no se trata de un delito en la iniciación de la psicosis, pues en el caso del maestro WAGNER, GAUPP refiere la iniciación de la *paranoia* a doce años atrás. Y en el del maestro HAGER que realiza su delito en 1940 hay un cambio de la personalidad ostensible por 1928, y en 1917 había perdido su brazo derecho en la guerra, quedándole atormentadores dolores en su muñón de amputación. Pero la verdad es que la psicosis le permite andar por la calle sueltamente, y que el delito es lo que conjura todo alrededor de él, como si el trastorno empezara allí. Y es que la *paranoia*, lo he dicho otra vez en este mismo lugar, y cerca de ella en la psicosis *maníaco-depresiva*, estamos a mitad del camino entre los delitos de los psicópatas y los de los procesos demenciales, y si el delito es incomprensible—su extensión

en el caso WAGNER; la persona dañada en el caso HAGER—, en cambio está en relación con el contenido de la psicosis y la personalidad del delincuente en el momento de cometerlo, y el sujeto se ha conducido, en medio de sus rarezas, bien hasta ese instante, lo que le ha facilitado el delito como a un psicópata. Y como éste ha puesto en su realización la inteligencia conservada. En la discusión de aquel caso (BACMEISTER, por ejemplo) y de éste por GRUHLE yo no puedo entrar aquí, aunque al menos los comentarios de GRUHLE en la interpretación clínica del caso HAGER son bien sabrosos.

En torno a la *epilepsia* surge otra vez el tema de los trastornos mentales que ocurren por delante de otras afecciones, y de su peligrosidad, pues a menudo, como he dicho al tratar de la tuberculosis, quedan por más o menos tiempo como síntoma único de la enfermedad y en ese tiempo pueden ser generadores de delitos.

Nuestra concepción de la epilepsia ha ido cambiando en los últimos tiempos. Y del gran magma que constituía la epilepsia clásica se han ido entresacando no sólo cuadros de epilepsia focal que no tienen la misma significación para la herencia que la esencial, que requieren un especial tratamiento, sino cuadros de epilepsia provocada en que el motivo exógeno juega un pequeño papel, de epilepsia residual—que se acompaña de un defecto neurológico no coincidente, sino producido por la misma lesión focal y dá un cuadro oligofrenoidé—y, sobre todo, las epilepsias sintomáticas, en que la epilepsia deriva de otra enfermedad y tiene rasgos y tratamiento específicos. Ahora la epilepsia esencial tiene un cuadro psíquico guiado por la perseveración—aunque no con el rigor de STAUDER—en tanto que la demencia derivaría inespecíficamente de los ataques, y la explosividad apenas sería característica de la epilepsia esencial más que en manos de KRETSCHMER y ENKE, y se daría más bien en las traumáticas en manos de STAUDER.

Más peligrosos que los ataques—delitos de omisión—serían los estados crepusculares. Estos y aquéllos pueden ocurrir también en una serie de procesos que dan epilepsias sintomáticas, a menudo con cuadros especiales: epilepsia hipoparatiroide, por hipoglucemia, por lúes, por intoxicaciones diversas; en el síndrome de STEWART-MOREL, con hiperostosis frontal interna, en el síndrome de STURGE-WEBER, en la epilepsia climatérica de BANÚS, etc., en cuya descripción no voy a entrar ahora. Y tienen especial interés los trastornos mentales episódicos, que son otra cosa que las alteraciones caracterológicas de la epilepsia esencial y la demencia epiléptica: paratimias y distimias (alteraciones del ánimo más o menos largas, excitado-coléricas o angustioso-excitadas, que sirven de base a la porio y dipsomania, a suicidios (GRUHLE), a incendios); los

estados de confusión episódicos que dan lugar a descargas violentas, a menudo repetidas fotográficamente, y los estados crepusculares.

Estos *estados crepusculares* son esencialmente trastornos de la conciencia que se producen como un paréntesis entre el estado de conciencia normal de antes y después; ellos son como el sueño y la hipnosis, con la diferencia de que contienen un estado afectivo de tensión anormal y que en ellos no está dificultada la motilidad como en el sueño, de modo que mientras el ataque impide el movimiento, aquí se conserva la motilidad, lo que facilita la comisión de delitos activos. Aquí son particularmente frecuentes agresiones, groserías e insultos, y delitos de sangre.

Los estados crepusculares no son específicos de la epilepsia, sino que los presentan igualmente la histeria, la esquizofrenia, el alcoholismo, por ejemplo. Los del alcoholismo son peligrosos en cuanto a delitos de sangre, etc. Y en el histerismo, frente a la brutal criminalidad de la epilepsia, se realizan a veces delitos complicados (fraudes, malversaciones, etc.), que a primera vista pueden no parecer de un enfermo mental.

Pero donde quería ir a parar es al conocimiento actual de que estados crepusculares pueden ser producidos por enfermedades no psíquicas habitualmente; por ejemplo, la hipoglucemia. En el momento actual, gracias sobre todo al estudio de los comas insulínicos terapéuticos, conocemos la frecuencia con que la hipoglucemia espontánea (como en los hiperinsulinismos por adenoma pancreático) o provocada puede producir ataques epilépticos, estados crepusculares, etc. En los casos provocados no hay problema importante, si no es el de la vigilancia; pero en los casos espontáneos pueden tenerse por simuladores, o descuidarse el tratamiento de casos que tienen en ella su raíz. Ahí tienen su explicación migranias y ataques de muchos enfermos al levantarse, que se evitan o desaparecen con la ingestión de azúcar. WILDER señala que gentes en ese estado se hacen discutiadores, polemistas, y se cambia su estado con dos tragos de agua azucarada. El cuadro tiene evidente trascendencia médico-legal (casos de MARX, de LAUBHENTAL, etc.), porque son frecuentes, por ejemplo, accidentes de automóvil en chófers que sufren esos estados crepusculares, con amnesia ulterior. Crisis análogas de hipoglucemia se producen por hipertiroidismo (yo las he visto asociadas al hipotiroidismo en narcolepsias), la enfermedad de ADDISON y la insuficiencia hepática, o por causa hipofisaria (HARRIS las dá como cuadros neurasteniformes—según LICHWITZ, con curvas de comienzo abrupto, con meseta escasa y caída escarpada—; en un caso de HARNAPP la glucorraquia era de 29 miligramos por 100). WILDER atribuye esos cuadros a una lesión de lóbulo anterior, y MARX a la alteración de los

mecanismos reguladores centrales. POHLISCH ha referido la hipoglucemia del Haschisch y justificado así la tendencia a tomar dulces en quienes lo consumen. En tales casos—y en otros de epilepsia sintomática—erramos si buscamos sólo las alteraciones caracterológicas de la epilepsia esencial y desdeñamos la investigación por estos otros caminos en que puede estar la clave para nuestra interpretación.

TIETZE recuerda que además de en la epilepsia, la histeria, la esquizofrenia, incluso la psicosis maníaco-depresiva, se presentan estados crepusculares en las intoxicaciones, en los cambios de sueño y desviaciones del sueño habitual, en la conmoción cerebral, en tentativas de colgamiento, en las psicopatías, en infecciones diversas, en la migraña y hasta en neuralgias de trigémino. Y señala que frente a los simuladores que hablan de una pérdida total del recuerdo, suelen darse, más bien, lagunas amnésticas. FAHRENKAMP advertía los riesgos de cuadros vertiginosos y ausencias en maquinistas en la hipertensión esencial, etc. Y KRAPP ha destacado, junto a las depresiones y la alteración esencial, etc., la frecuencia de estados crepusculares de contenido angustioso-impulsivo en la hipertensión, con poriomanía, etc., señalando dos datos de interés: que duran de 4-20 días y curan enteramente o mueren, y que la mayor parte de los casos (53) ocurren en febrero y diciembre, como había dicho KAUFFMANN de los ictus.

Recuérdese aún los *estados crepusculares episódicos* de KLEIST que ocurren autóctonamente, que duran 6-7 días, con agitaciones impulsivas, fugas, intentos de suicidio, hasta atracos.

En cuanto al *alcoholismo* no es cosa de hablar ni de las embriagueces ocasionales en los no alcohólicos, ni del alcoholismo crónico, ni las formas de reacción exógena que ocurren por él—delirium, alucinosis, etc.—, ya que sus delitos no se producen tanto al comienzo como cuando la psicosis está hecha. Aquí sólo hay lugar—por cierto, cerca de esos estados crepusculares de que acabamos de hablar—para las embriagueces patológicas, en cuya denominación englobamos aquellos casos en que una cantidad mínima de alcohol produce una embriaguez enteramente distinta de la embriaguez «normal» y mucho más peligrosa que ésta. Se trata, por lo común, de psicópatas epileptoides, esquizoides, histéricos, o de gentes con intolerancia para el alcohol (traumas, etc.) o de personas agotadas por cansancio, falta de sueño, excitaciones sexuales, etc., que, por beber un vaso de vino, se enfurecen e intentan agresiones contra los demás—entre mis casos son particularmente frecuentes las agresiones a guardias—. Son rasgos típicos, frente a la embriaguez normal: la falta de trastornos de coordinación (titubeo, trabarse la lengua); la gran desorientación y desconocimiento del ambiente; la presencia de alucinaciones e ilusiones esencialmente de la vista, la falta de motivación

para el delito, la angustia y la ira persistentes, que hacen que el sujeto siga violento cuando se le conduce a la cama, frente al borracho normal, que suele dormir en seguida. Después de él suele quedar, como en los estados crepusculares, una franca amnesia. Pero la embriaguez patológica no es realmente un estado crepuscular alcohólico—descritos por MOELI—, los cuales suelen durar más tiempo, son independientes de la ingestión de alcohol—se da en alcohólicos crónicos—y hay una excisión rigurosa de la conciencia vigil como es habitual en esos estados. Unos y otros constituyen, por lo demás, típico trastorno mental transitorio, eximente en nuestro Código. Cuadros parecidos a la embriaguez patológica han sido vistos por RITTERHAUS en el cocainismo.

Como contrafigura de los delitos en la iniciación de las intoxicaciones, puede mencionarse los delitos en la iniciación de ese otro tipo de psicosis que viene a ser la abstinencia, en que son particularmente frecuentes robos de recetas y falsificaciones, de medicamentos, etc.

Todavía podría citarse los delitos por los cuadros de delirium furibundos en el *reumatismo* y en la *tifoidea*; los cuadros de excitación delirantes y estados crepusculares del parto con escopolamina, que evita la adición de narcofina, y los cuadros de agitación y crepusculares psicógeno-histéricos y los de accesos de rabia contra el personal médico y contra el hijo, así como los suicidios, que se producen en el parto. Y los determinados por la misopedia de OPPENHEIM (actitud hostil de la madre al hijo de un padre que no ama) y el delirio de celos de la lactancia de SIEMERLING condicionado por el largo tiempo sin relación sexual.

Y aun los suicidios del *cólera*, y los de *enfermos del corazón*, pues no es verdad, como quería D'ARTOS, que los aórticos fueran fantásticos y excitables e hipomaníacos, y los mitrales deprimidos. Aquello no quiere decir más que la frecuencia con que se da la aortitis en luéticos y, naturalmente, en paralíticos. En cambio, en líneas generales, es conocida la tendencia de los enfermos de corazón a depresiones angustiosas con insomnios rebeldes que conducen a menudo a suicidios según JACOB.

Y en el *paludismo*, junto a los cuadros paranoide-angustiosos descritos por VISCARINO, los paranoides residuales de ZIERMANN, los cuadros depresivos de que habla PASMANIK, los casos con pronto coma (SEYFARTH; yo mismo con RUIPÉREZ), etc., SCHAFFER ve frecuentes crepusculizaciones epileptiformes, de modo que, en momentos agudos, prenden fuego ciegamente. Y VAN LOON insiste en que los estados de confusión en las tropas son a menudo maláricos e indica que el *Amok* no es una psicosis típica de los malayos, sino a menudo expresión de excitaciones maláricas depresivo-confusas.

Hasta ahora hemos hablado esencialmente de los delitos en la iniciación de enfermedades que están ya en marcha, que podemos diagnosticar plenamente en el momento del delito porque están ahí sus síntomas—a veces de procesos ya antiguos—, que si no se diagnosticaron antes fué simplemente porque no estuvieron cara al médico. Pero a veces —hemos rozado ya el tema en la tuberculosis y en las hipoglucemias— el delito va por delante de la expresión clínica de la enfermedad y está, sin embargo, tan ligada a éste, que el cuadro entero se aclara cuando, al cabo del tiempo, se aclara la enfermedad originaria.

Así, en 1933 HÜBNER y MULLER-HESS intentaron que se exculpara a un enfermo de anemia perniciosa que, un año y nueve meses antes de la afirmación de esta enfermedad con su cuadro hemático, había realizado un asesinato. Por el tiempo de éste se había echado de ver una transformación de la personalidad en sentido depresivo con ideas de indignidad y ruina que ellos ligan con la anemia perniciosa de que vendría a ser un inusitado síntoma precoz.

La cuestión tiene, como aquellos autores querían, un cierto interés forense, un gran interés clínico y una relativa novedad. Desde luego, el caso no exculpa más porque sea atribuible a la anemia perniciosa, pues; diagnosticada la psicosis, el que ella exculpara o no dependería de su intensidad, etc., cualquiera que fuera su causa; lo único que hace ese diagnóstico es afirmar la naturaleza orgánica del proceso y con ello decidir si el caso había de ser considerado como endógeno en la enajenación o como trastorno mental transitorio como una forma reactiva de depresión, un problema que queda ahora lejos de nuestro interés.

Casos por el estilo pueden plantearse en otras enfermedades del sistema nervioso, y pensar que el proceso apenas tiene trascendencia o tiene otro sentido cuando es auténticamente síntoma inicial de un cuadro que se completa luego. Ustedes saben que en la encefalitis epidémica se dice, desde ECONOMO, que se hace de una fase aguda, febril, a menudo con somnolencia, diplopia, etc., y lo que se llama secuelas, esencialmente el síndrome parkinsoniano con temblor, sialorrea, rigidez, amimia, etc. Pero la fase aguda pasa a menudo diagnosticada de gripe y las llamadas secuelas—impropiamente, a mi modo de ver—se instauran a lo mejor muchos años después de esa fase aguda. En esos casos, a menudo, el intervalo entre la fase aguda y la instauración del parkinsonismo está limpio de síntomas y nadie podría decir que el enfermo pasó la fase aguda de una encefalitis; incluso, a veces, sólo se rehace el momento agudo desde la fase parkinsoniana. Es frecuente que después de la fase aguda, en un momento u otro, por lo común ligados al parkinsonismo, pero a veces por delante de éste, ocurran trastornos mentales de diversa especie, cuadros de aspecto psicopático, los típicos trastornos

del carácter y de la conducta, a veces remedando auténticas psicosis, que pueden dar lugar a delitos: frecuentemente robos sin sentido ni fin, tentativas de suicidio impulsivas, delitos sexuales. Yo mismo he conocido dos casos en que el delito o su equivalente se produjo mucho antes de que el cuadro parkinsoniano aclarase su naturaleza. Uno de ellos realizaba agresiones inesperadas a su interlocutor; estaba hablando y de pronto se dirigía a éste para darle un puñetazo. Se dudó entre un cuadro histérico o una psicopatía inespecífica, y, con motivo de una tifoidea, el cuadro se completó con un síndrome parkinsoniano que dió la clave del proceso entero, porque entonces echamos de ver que lo inmotivado de las agresiones traducía los típicos trastornos de la impulsividad encefalítica. Y el otro caso, un muchacho que fué internado en el Manicomio por orden judicial había agredido a una muchacha simplemente porque ella le preguntó dónde iba. El parecía sencillamente un oligofrénico. Luego reingresó por otras agresiones a su madre y otras personas, y al cabo de cinco años hace un síndrome parkinsoniano que aclara también todo el proceso.

Esos casos han sido comentados ampliamente en otro trabajo. Yo no quería hacer otra cosa, en esta ocasión, que recalcar cómo a menudo los delitos más disparatados son síntoma de una psicosis que se inicia, de un trastorno somático que puede pasar desapercibido, de un proceso cuyo cuadro pleno puede estallar tardíamente. E insistir de paso, una vez más, en el problema médico-jurídico de los psicópatas, cuya solución habrá de buscarse en firme alguna vez.
