

"PERITAR LA ENFERMEDAD MENTAL ANTE LA LEY". A propósito de los acuerdos y desacuerdos señalados por el Magistrado Sr. Daniel García Ramos en el Curso de Psiquiatría Forense.

MARISOL FILGUEIRA BOUZA. Doctora en Psicología, Psicólogo Clínico, Psicoterapeuta. Complejo Hospitalario 'Juan Canalejo'-Marítimo de Oza. La Coruña.

RESUMEN: *Soliloquio reflexivo sobre ciertas discrepancias..., no precisamente con la justicia*

El otro día, Sr. García Ramos, me marché del Colegio de Médicos con el deseo de haber charlado con usted un rato. Pude haberlo hecho en el coloquio, pero las circunstancias no fueron propicias: usted y sus dos compañeros de mesa, quedó demostrado, son buenos y aficionados discutidores, y apenas hubo oportunidad para la intervención del público, no sé si por falta de argumentos (su exposición fué "apabullante"), por fatiga (la sesión fué muy larga), por pudor... Hubo un momento en que usted nos increpaba, sorprendido de que no hubiera respuestas -o interrogantes- a lo que denominó unas "ideas muy duras" sobre **las cuestiones que la justicia puede y debe exigir que respondan los peritos en sus informes**. Yo llevaba un tiempo dándole vueltas precisamente a esas cuestiones, poniendo las ideas en orden en busca de la formulación más adecuada: no es fácil dirigirse a un magistrado con su experiencia y su dominio de la oratoria cuando se trata de discutir contenidos "al filo de la navaja", que se deslizan por terrenos tan movedizos como la ética, la moral, la justicia, la clínica, la antropología, la cultura, la filosofía..., y que se modulan en función de variables como las creencias, la formación, las actitudes, la experiencia... Y, con las palabras a punto de brotar, alguien -tal vez usted mismo- se me adelantó, y me quedé con ellas aguardando para mejor ocasión.

Quiero agradecerle la oportunidad que me brindó para la reflexión con sus planteamientos, como también a los profesores y organizadores del curso el material facilitado, que ya me está sirviendo de gran ayuda para la **aplicación práctica** en el ejercicio de mi profesión.

Sin más preámbulos, aprovecho también la oportunidad que nos brinda este boletín para ventilar las inquietudes que se me desatan cada vez que he de **intervenir como perito en un procedimiento judicial**, precipitadas en esta ocasión por su discurso.

Decía usted, insistiendo con énfasis, que **"peritar no es sentenciar"**, afirmación incuestionable. No cabe duda: son actividades diferentes, con contenidos, métodos, objetivos y grados de

responsabilidad distintos. Sin embargo, al amparo de la necesidad de mutuo entendimiento que usted reclamaba, permítame que le proponga el esfuerzo de imaginarse en el lugar del perito (ejercicio que, por otra parte, demuestra haber realizado con frecuencia, cuando reconoce con empatía la dificultad de los peritos para responder a determinadas preguntas que hacen los jueces). El alcance de un dictamen pericial puede no ser el mismo que el de un dictamen judicial: la última palabra y, por lo tanto, la responsabilidad más vertiginosa, la tiene el juez. Sin embargo, uno y otro guardan una relación proporcional, lineal y directa en muchos casos, particularmente -y no de manera imprescindible- si existe más de una opinión profesional, y son éstas coincidentes entre sí y/o con la impresión del juez. Por otra parte, con la experiencia compartida en el trabajo pericial-judicial, aprendemos (en el sentido clásico del condicionamiento asociativo) a relacionar determinadas conclusiones periciales con determinadas sentencias, a partir de dos ingredientes básicos: la información sobre las circunstancias agravantes, atenuantes y eximentes, y la identificación de tendencias de opinión y actuación en los distintos profesionales implicados. Y este aprendizaje, aún cuando se ponen todos los medios para neutralizar su mediatización del informe, hace de la labor del perito una tarea casi tan vertiginosa como la del juez. Me atrevo a suponer que existen pocos peritos inmunes al vértigo generado por las implicaciones anticipadas de informes que van a ser utilizados, por ejemplo, para decidir sobre el internamiento en una institución penitenciaria o psiquiátrica, en procesos de esterilización o incapacitación, para asignar la tutela de hijos menores en separaciones conyugales, cuando se trata de emitir un juicio clínico sobre el riesgo de suicidio o el potencial de peligrosidad..., sin ir más lejos.

Y el **potencial de peligrosidad** es el segundo punto que quería tratar. A este respecto, hizo usted unas disquisiciones sobre la imputabilidad de los enfermos mentales, la "psiquiatización" impropia de determinados comportamientos, y los condicionamientos impuestos por la necesidad de la defensa social. Se quejaba de que los peritos no suelen responder a la pregunta-clave: ¿Cuál es el riesgo de que este "paciente" vuelva a cometer una agresión, o a comportarse peligrosamente?. Para responder a esa pregunta, Sr. Juez, habría que ser Dios, "Rappel" o, en todo caso, el propio paciente, y ni siquiera creo que ninguno de los mencionados pudiese responderla con las mínimas garantías de fiabilidad exigibles en una valoración semejante. La ciencia y la experiencia nos han aportado algunas herramientas pero, en este caso concreto, el grado de falibilidad hace que los datos con ellas obtenidos sean, si no despreciables, altamente dudosos, no alcanzando a aportar, ya no la certeza o la garantía, ni siquiera un grado satisfactorio de confianza.

En un estudio realizado por trabajadores de los servicios gallegos de Salud Mental (LAMAS CREGO, FILGUEIRA BOUZA et al., 1992), se recoge una relación de predictores de la violencia, extraídos de la literatura científica sobre el tema, que me permito reproducir aquí para nutrir este debate, y porque considero que resultarán de utilidad a profesionales preocupados por la cuestión. Se dice, en líneas generales, que **el mejor predictor de la violencia futura es la violencia pasada**.

Häffner y Böker (1982) establecen, además, los siguientes **predictores**:

1. Deterioro del estado clínico.
2. Amenazas verbales.
3. Aislamiento social, autismo y desvinculación.
4. Descenso del estatus social ó circunstancias desfavorables de tipo social (como pérdida de empleo, falta de familia...).

Bovier, Hilleret y Tissot (1987) relacionan las siguientes **señales de alarma**:

1. Amenazas verbales.
2. Violencia actuada.
3. Conflictos con el entorno.
4. Estado florido de la esquizofrenia, sobre todo si es del tipo desorganizado.
5. Aumento importante de la angustia.
6. Actividad delirante alucinatoria.
7. Estado de aislamiento.

8. Comportamientos extraños de valor simbólico poco claro, pero de tendencia destructiva.
9. Uso de drogas y de alcohol.

Ningún criterio de riesgo es específico; la agrupación de varios criterios constituye un fundamento para la predicción algo más significativo. Y es dentro de estos limitados márgenes por donde podemos movernos.

Por último, quería abordar un comentario que usted hizo, hablando de los **interrogantes que un perito debe responder en sus informes**, sobre la **necesidad de detectar y discriminar la existencia de enfermedad mental**, que utilizó **como sinónimo de patología psiquiátrica, y anomalías psíquicas no clasificables de enfermedad**, porque ello -dijo- determinaría la **presencia de psicólogos en los exámenes periciales**. Antes de empezar a debatir sobre este punto, quiero aclarar que no está en mi intención ni la defensa de una postura corporativista interesada, ni la ofensa a unos profesionales -los médicos- que considero mis compañeros, y también colegas en un sentido amplio, aunque pueda suceder que muchos de ellos no tengan de los psicólogos la misma consideración. Y, de hecho, está sucediendo. No sólo eso, sino más: **la profesión del psicólogo, joven y veloz en su desarrollo, está sufriendo un proceso involutivo creciente, producto de intereses en conflicto de dos disciplinas que se han encontrado, solapándose algunas de sus parcelas y funciones, y víctima de algunos representantes de la profesión médica, más radicales y conservadores en la ideología y en la práctica, que no son proclives a reconocer las innovaciones y avances demostrados que la psicología ha aportado a la psiquiatría, y se resisten a ceder ni un ápice de lo que malinterpretan y reclaman como terreno propio intransferible.** Sé - o quiero creer- que no estaba este transfondo en su comentario; de hecho, usted mencionaba reiteradamente a los psicólogos, junto con los psiquiatras y médicos-forenses, en todas sus apreciaciones. Por otra parte, el curso estaba organizado en un contexto médico, y resultaba por tanto inevitable que tanto el contenido de las conferencias como la composición del grupo de asistentes tuvieran una representación mayor de la medicina. Pero quiero aprovechar su comentario para verbalizar **el malestar que sentimos los psicólogos frente a ciertas consideraciones erróneas sobre nuestras competencias profesionales**, que están desencadenando enfrentamientos cada vez más frecuentes con la profesión psiquiátrica en relación a la limitación de nuestras funciones, así como actuaciones indebidas por parte de la Administración Sanitaria, como la reciente polémica sobre si somos o no personal sanitario, que condiciona nuestra inclusión dentro de una u otra categoría en los procedimientos selectivos de las convocatorias de empleo, y en las escalas profesionales, clases, grupos... etc. de la administración, con repercusiones discriminatorias en la baremación de los méritos, en los niveles salariales, en los puestos de trabajo, en el ejercicio de tareas específicas, posibilidades de promoción... etc., etc. Pero había prometido no adoptar una actitud corporativista, y todavía más impropio sería en este espacio la defensa sindicalista, por donde no quiero desviarme. Mi deseo, al plantear este punto, es -permítaseme la expresión- "corregir" humildemente ciertas **creencias erróneas sobre la práctica de la psicología, extendidas entre profesionales ajenos a la práctica clínica-sanitaria, imagino que por falta de información o por haber sido mal informados, y entre profesionales médicos que ignoran o se resisten a incorporar los avances de la ciencia.** También, aportar algunos datos que permitan al lector valorar esta "queja" y extraer sus propias conclusiones.

Se trata, en realidad, de **una creencia básica**, la cual aglutina y desencadena otras creencias, o matizaciones, con los diversos posicionamientos y reacciones consiguientes: **la vieja aseveración de que el diagnóstico y el tratamiento son funciones propias y exclusivas de la medicina, implicando que ningún otro profesional, salvo el médico, puede emitir juicios clínicos y prescribir medidas terapéuticas, quedando el resto de los profesionales implicados en la asistencia de los pacientes relegados a la categoría de auxiliares técnicos de los médicos.** Es una presunción que pudo mantenerse a lo largo de un período de la historia en que el abordaje de las enfermedades dependía exclusivamente de los conocimientos extraídos de la medicina; un período en que, cuando esta disciplina se encontraba con sus límites, los mismos casos clínicos eran objeto de las especulaciones y "tratamientos" derivados de la superstición y la hechicería. Pero es una **presunción indefendible, rematando el siglo XX, tras el desarrollo de muy diversas disciplinas no médicas, con aportes teóricos y técnicos en el campo de la clínica, de los que tanto los profesionales**

médicos como, principalmente, los pacientes han obtenido beneficios incalculables. Los D.U.E. hacen diagnósticos, elaboran y aplican programas de cuidados de enfermería. Los logopedas hacen diagnósticos y tratamientos del lenguaje. Un técnico en intervención ambiental diagnostica el estado del medio y propone medidas para salvaguardar la salud de los seres vivos. Un urbanista diseña las poblaciones con consideraciones para la salud física y mental de los ciudadanos. **La O.M.S. ha definido la salud como el estado de bienestar bio-psico-social de los individuos...**

Los Psicólogos Clínicos trabajan con pacientes que padecen enfermedades mentales, no sólo anomalías psíquicas o alteraciones del comportamiento. Se les requiere para administrar pruebas que den fiabilidad y validez al juicio psiquiátrico extraído de una entrevista. Desde ese momento, hay que admitir que **disponen de instrumentos y tienen competencias para el diagnóstico clínico en Salud Mental.** Todavía hay psiquiatras que ni siquiera este punto reconocen. Aún más: **la mayor parte de las metodologías terapéuticas no farmacológicas en Salud Mental han sido desarrolladas por psicólogos. Hay muchos más psicólogos que psiquiatras formados en las diversas psicoterapias.** En los dispositivos de Salud Mental, al menos en la red pública, **son escasísimos los psiquiatras que practican la psicoterapia. Los últimos avances y publicaciones en el tratamiento no farmacológico de la Esquizofrenia, que complementan y mejoran los resultados clínicos, son obra de psicólogos.** Las industrias farmacéuticas que regalan libros -y otras cortesías- a los médicos, ya empiezan a tener este dato en consideración. Confrontados con la evidencia de que **los psicólogos diseñan y aplican tratamientos, a veces con gran rentabilidad y eficacia,** muchos psiquiatras ven su territorio amenazado (no hay que olvidarse de que también los neurólogos les sustrajeron una parcela, amenazando la figura del neuropsiquiatra, actualmente en proceso de extinción) y, de entre los temerosos, los más flexibles sólo conceden al psicólogo, generosamente, la "autorización" para aplicar tratamientos comportamentales (modificación de conducta), cuidándose de denominarlos "tratamientos", término que suplen con el de "técnicas", para resaltar su negativa a considerarle "terapeuta", un vocablo que hoy en día se aplica incluso a los Animadores Socioculturales -sin intención de menospreciar-, puesto que son, auténticamente, terapeutas sociales.

Ya no es defendible la idea de que el psicólogo es un profesional subordinado al psiquiatra, ni de que le corresponden funciones menores. Nunca fué así. No se debería hablar ya, en sentido estricto, de patología psiquiátrica, sino de psicopatología, y aquí entran tanto las enfermedades mentales mayores como las anomalías psíquicas más leves, trastornos, desviaciones y alteraciones del comportamiento. **No se debería rivalizar entre profesionales afines, porque lo que hace falta es la cooperación, en beneficio de los pacientes, y en nombre del bienestar de los trabajadores, favorecedor del rendimiento y de la calidad de los servicios prestados.**

Pero, centrándonos más en el objeto del curso de Psiquiatría Forense y, ya para concluir, **si los peritos deben determinar, ya no sólo la existencia de patología, sino además la intensidad de la gravedad del cuadro, a fin de estimar el grado de alteración de las capacidades intelectivas y volitivas del sujeto, que revierte en la posibilidad de comprender la ilicitud del hecho y actuar más o menos deliberadamente conforme a dicha comprensión, si hay que hacer referencias temporales a propósito del estado del individuo en el momento de cometer la infracción, y valorar la peligrosidad potencial hacia el futuro, si hay que establecer, finalmente, el vínculo causal entre la presunta alteración clínica, con sus repercusiones sobre las facultades mentales, y el comportamiento resultante sometido a juicio, todo ello con una terminología adaptada al receptor del informe,** Sr. Magistrado-Juez, D. Daniel García Ramos, con todos mis respetos, y declarando mi absoluto acuerdo (así deberían ser los informes periciales en Salud Mental), usted **pide el dictamen de Dios, de "Rappel", del paciente, de un psiquiatra y, también, de un psicólogo, en todos los casos de enfermedades mentales y anomalías psíquicas** (discúlpeme la insistencia), a poder ser disponiendo de un intérprete simultáneo que domine el vocabulario jurídico y clínico. **No me parece posible satisfacer semejante rosario de estimaciones y requisitos a partir de una sencilla entrevista clínica: la determinación del estado de las facultades mentales y del grado de gravedad de un cuadro es imprecisa sin pruebas estandarizadas que la avalen; lo mismo sucede con la predicción del riesgo (y, para ello, no disponemos de escalas estandarizadas, tan sólo de**

sugerencias derivadas de la observación empírica); la referencia temporal al estado del supuesto paciente en el momento de los hechos todavía es más resbaladiza pues, aún con los criterios diagnósticos claros, cabe la posibilidad de la simulación durante el episodio y en el momento del examen, que no siempre es fácilmente detectable. Cada vez más, los psiquiatras solicitan el apoyo de los psicólogos en las pruebas periciales; aunque sea tan sólo con la intención de "cubrirse las espaldas", este gesto es, en sí mismo, lo bastante elocuente.

Y una última impertinencia: frente a comentarios recientes de la Administración Sanitaria, en el sentido de que **se pueden ahorrar recursos humanos en Salud Mental**, considerando que un psiquiatra de la red pública puede cubrir su puesto y el de un psicólogo, puesto que diagnostica, prescribe fármacos, y puede hacer psicoterapia (el psicólogo no puede prescribir fármacos), la **réplica aplicada al terreno pericial**, donde el psicólogo puede realizar la entrevista, las pruebas psicométricas, emitir el juicio diagnóstico, hacer recomendaciones terapéuticas y elaborar un informe (los psiquiatras, en su mayoría, no pueden realizar las pruebas, ¡y ojalá llegasen a sustraernos de esta incómoda tarea!).

Le digo todo esto,

1º compartiendo sus argumentos y sus inquietudes.

2º admirando su fluidez verbal, su estilo expresivo y su adecuación al contexto.

3º deseando igualmente el mutuo entendimiento, que permita la necesaria fluidez en las relaciones interprofesionales, para la rentabilidad de la pericia y el bien de los clientes/pacientes.

4º lamentando no haber sido capaz de mantener este debate "in situ". Otra vez será.

BIBLIOGRAFIA:

"Curso de Psiquiatría Forense". Asociación Galega de Médicos Forenses. Colegio Oficial de Médicos. Orense, Oct. 95 - Feb. 96. Material por publicar.

LAMAS CREGO, S., FILGUEIRA BOUZA, M.S. et al. "Violencia e Saúde Mental". Ponencias do Iº Congreso da Asociación Galega de Saúde Mental. Orense, Mayo 1990. Xunta de Galicia. Colección Saúde Mental. Serie Reforma Psiquiátrica. Santiago de Compostela, 1992.

Marisol Filgueira Bouza.

La Coruña, 13 de Febrero de 1996.

