

PRINCIPALES PSICOSIS: SU INCIDENCIA EN LA CAPACIDAD PARA CONTRAER VALIDAMENTE MATRIMONIO CANONICO *

I.—INTRODUCCION

Si ya con anterioridad a la promulgación del nuevo Código venían invocándose frecuentemente en la práctica de los tribunales las anomalías psíquicas como causas de incapacidad para contraer válido matrimonio, bien por falta de suficiente uso de razón, por defecto de discreción de juicio o por incapacidad para asumir/cumplir las obligaciones esenciales del matrimonio, a raíz de la tipificación expresa de estos tres capítulos de nulidad en el can. 1095 los trastornos mentales han pasado a ocupar el primer lugar entre las causas motivadas que fundamentan las demandas y las sentencias de nulidad en nuestros días. Diversos y heterogéneos factores han contribuido a ello: el avance de la Psicología y la Psiquiatría, por una parte, ha favorecido un mayor y más profundo conocimiento del ser humano, de su personalidad, de los elementos esenciales que deben concurrir en el consentimiento matrimonial como acto humano; por otra, la doctrina conciliar sobre el matrimonio ha revelado una nueva y más rica concepción del mismo, abriendo camino a una visión mucho más personalista del vínculo matrimonial en la que son las personas de los cónyuges y la relación intersubjetiva entre ellos, en una íntima comunión de vida y amor, las que constituyen el centro de atención¹.

Pero el interés del tema que nos ocupa no se justifica solamente por el factor cuantitativo que acabamos de apuntar. Recientemente, confesaba un conocido Vicario Judicial: 'una de las motivaciones de nulidad que más complejidades y dudas nos proporcionan a la hora de dictar una sentencia es precisamente ésta'². Nos encontramos, ciertamente, ante un tema que presenta una enorme complejidad, no sólo para el investigador, que tiene que

* Este artículo es un adelanto de mi libro en prensa *La incapacidad para asumir las obligaciones esenciales del matrimonio por causas psíquicas, como capítulo de nulidad*, que será publicado próximamente por la Editorial Bosch.

1 Cf. Conc. Vat. II, 'Gaudium et spes' n. 48-49. Los principios conciliares sobre el matrimonio quedaron asimismo reflejados en la Encíclica 'Humanae Vitae' nn. 8 y 9 y en la Exhortación Apostólica 'Familiaris Consortio' nn. 14 y 15.

2 V. J. Subira 'La incapacidad para asumir los deberes del matrimonio', IC 53 (1987) 233.

adentrarse en un campo interdisciplinar, sino sobre todo para el juez que, careciendo en la mayoría de los casos de conocimientos de Psiquiatría, se ve obligado a decidir sobre la validez del matrimonio en función de los efectos que una determinada anomalía o trastorno psíquico ha producido en la personalidad del sujeto y en su capacidad para consentir y para asumir las obligaciones que son inherentes al matrimonio.

Todo ello puede dar lugar en la práctica a la comisión de ciertos abusos pues, al tratarse de tres capítulos de nulidad que permiten una amplia aplicación, especialmente los contemplados en los números 2 y 3 del can. 1095, pueden llevar a forzar el espíritu del canon con el fin lícito pero fraudulento de ofrecer una solución a posibles fracasos matrimoniales que no siempre encuentran su raíz en una causa de nulidad. De ahí que se haga necesario apelar a la prudencia y cautela que debe presidir siempre la actuación del juez en estas causas³.

Entre los trastornos mentales que pueden originar una incapacidad para consentir válidamente en el matrimonio destacan las psicosis. En este trabajo pretendemos ofrecer una descripción de la sintomatología y efectos esenciales de aquellos trastornos psicóticos que, por su frecuencia o la especial relevancia de las alteraciones psíquicas y/o conductuales que producen, pueden tener una mayor incidencia en la capacidad del paciente para prestar el consentimiento matrimonial o para realizar el objeto del consentimiento que presta.

Hemos de advertir de entrada que no es posible extraer unas conclusiones rigurosas y taxativas sobre los efectos que cada anomalía produce en orden a determinar la capacidad del sujeto afectado, de forma que a partir del examen pericial del mismo se le atribuya la etiqueta de un síndrome determinado y automáticamente pueda determinarse definitivamente su capacidad o incapacidad⁴. La naturaleza misma de los trastornos mentales precisa un

3 A este respecto manifestaba recientemente S.S. el Papa Juan Pablo II: 'Mientras que para el psicólogo o el psiquiatra toda forma de psicopatología puede parecer contraria a la normalidad, para el canonista, que se inspira en la (citada) visión integral de la persona, el concepto de normalidad, es decir, de la normal condición humana, comprende también moderadas formas de dificultad psicológica, con la consiguiente invitación a caminar según el Espíritu incluso en medio de las tribulaciones y a costa de renunciaciones y de sacrificios. En ausencia de semejante visión integral del ser humano, sobre el plano teórico la normalidad se convierte fácilmente en un mito y, en el plano práctico, se termina por negar a la mayoría de las personas la posibilidad de prestar un consenso válido': *Discurso a los oficiales y abogados del Tribunal de la Rota Romana* de 25 enero 1988, n. 5, texto original en italiano en *L'Osservatore Romano*, 25-26 enero 1988, traducción en *Eccllesia*, 13 febrero 1988. Cf. Asimismo el Discurso de S.S. dirigido a los miembros del mismo Tribunal el 5 febrero 1987, *L'Osservatore Romano*, 6 febrero 1987.

4 Así, a modo de ejemplo, en la sentencia c. Anné de 30 marzo 1971 manifestaba el ponente: 'Iuvat praenotare quod, in causis matrimonialibus de invaliditate consensus ob quamquam mentis conditionem graviter morbosam, quae, saltem in re matrimoniali, funditus perturbat sive discretionem iudicii sive liberi arbitrii exercitium, haud necesse est ut perspicue definiatur species ultima morbi mentalis quo nupturiens laborat, dummodo de ipsa gravi, mentis perturbatione morbosa plane constet': SRRD vol. 63, dec. 64, n. 3, p. 220.

Y, en otra causa c. Serrano de 9 de julio 1976 el perito hacía constar en su informe: '... El problema fundamental... no es tanto el de diagnosticar la enfermedad... cuanto el de acertar con la estructura de la personalidad, para apreciar la capacidad de sumir los

estudio detallado de cada caso concreto y sólo permite, a lo sumo, establecer una serie de criterios de carácter general que en vía de principio constaten los efectos que cada tipo de trastorno puede producir sobre la capacidad del sujeto, pero sin olvidar que en realidad, a efectos jurídico-canónicos, no importan tales anomalías como puras abstracciones, sino las personas afectadas por ellas⁵.

Por otra parte no debe olvidarse que el trastorno psíquico que se invoque como causa de la incapacidad ha de existir en el momento de la celebración del matrimonio. Es éste sin duda el presupuesto que mayores dificultades presenta en el período probatorio pues no son infrecuentes ni desconocidos los casos de eclosión de un trastorno mental con posterioridad a las nupcias, habiéndose mantenido oculto, conscientemente incluso por el paciente, durante el noviazgo. Igualmente es sabido que determinadas anomalías psíquicas suelen presentar un período de incubación en el sujeto durante el cual se mantienen en un estado de latencia, manifestándose sólo, transcurrido un tiempo, en una época posterior.

En estos casos la prueba de la existencia del trastorno se presenta difícil y oscura pero no obstante, si a pesar de tal dificultad llegara a demostrarse, mediante indicios y pruebas de diverso tipo, su concomitancia con la celebración del matrimonio, éste podría ser considerado nulo, en la mayoría de los casos por incapacidad del sujeto para realizar el objeto del consentimiento matrimonial (can. 1095 § 3).

Probada la existencia del trastorno, algunos autores⁶ y numerosas decisiones jurisprudenciales anteriores a la promulgación del Código de 1983⁷ han sostenido que, al menos cuando tal perturbación psíquica produce una incapacidad para asumir las obligaciones esenciales del matrimonio, esta incapacidad debe ser perpetua, basándose para ello en argumentos muy diversos.

deberes conyugales...': *Nulidad de matrimonio. Coram Serrano* (Salamanca 1981) p. 67, n. 26.

5 A. Reyes, 'Alcance jurídico de las valoraciones psicológicas y psiquiátricas en relación con la capacidad de la persona para el matrimonio', *Curso de Derecho matrimonial y procesal canónico para profesionales del foro* 6 (Salamanca 1984) 187; idem, 'Las rupturas matrimoniales en el Derecho canónico', *Las rupturas matrimoniales. Un enfoque multidisciplinar* (Salamanca 1986) 300; J. J. García Faílde, 'Neurosis y psicopatías en las causas de nulidad de matrimonio', *RJC* (1976) 63. En el mismo sentido, cf. sentencia c. Palazzini 28 octubre 1970, *SRRD* vol. 62, dec. 202, n. 4, p. 966.

6 A. Stankiewicz, 'De acomodatione regulae *impossibilium nulla obligatio est ad incapacitatem adimplendi matrimonii obligationem*', *Periodica* 68 (1979) 671; idem, 'L'incapacità psichica nel matrimonio: terminologia, criteri', *EIC* 36 (1980) 246 y nota 123; A. Mostaza, *Nuevo Derecho canónico* (Salamanca 1983) 246; idem, 'Aportaciones del nuevo Código al consentimiento matrimonial', *XVIII Semana Española de Derecho canónico* (Salamanca 1984) 342-43; L. Gutierrez Martín, *La incapacidad para contraer matrimonio* (Salamanca 1987) 73-79; V. J. Subira, 'La incapacidad para asumir...' 243; F. Gil de las Heras, 'La incapacidad para asumir las obligaciones esenciales del matrimonio (su tratamiento en los tribunales eclesiásticos españoles)', *IC* 53 (1987) 261-65.

7 Sentencias c. Pompedda 6 octubre 1969, *SRRD* vol. 61, dec. 183, p. 917, n. 3; c. Pinto 18 marzo 1971, vol. 63, dec. 57, p. 188, n. 3; c. Lefebvre 31 enero 1976, *EIC* (1976) 287; c. Pinto 28 octubre 1976, *ME* 96 (1971) 32; idem 15 julio 1977, *ME* 104 (1979) 450; c. Parisella 11 mayo 1978, *ME* 103 (1978) 398; c. Pinto 18 diciembre 1978, *ME* 105 (1980) 375; etc.

Adviértase, sin embargo, que nos encontramos ante un capítulo de nulidad incluido entre los defectos del consentimiento y al que han de aplicarse, por consiguiente, los presupuestos y principios que rigen la validez del consentimiento matrimonial, de los cuales en ningún momento se deduce la necesidad de la perpetuidad.

El consentimiento que da origen al matrimonio es siempre un consentimiento de presente y por ello cualquier vicio o defecto que pretenda su nulidad ha de existir en el momento en que dicho consentimiento es prestado, careciendo de relevancia en orden a su validez cualquier otro momento, anterior o posterior. Esta ha sido también la tesis mayoritariamente seguida por la doctrina⁸ y más frecuentemente invocada por la Jurisprudencia⁹.

II.—LAS PSICOSIS EN GENERAL

Se entiende por psicosis, de acuerdo con la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS) un 'trastorno mental en el cual el menoscabo de la función mental ha alcanzado un grado tal que interfiere marcadamente la introspección y la capacidad para afrontar algunas demandas ordinarias de la vida o para mantener un adecuado contacto con la realidad'¹⁰.

La Psiquiatría actual ha considerado las psicosis como auténticas enfermedades mentales. Ahora bien, bajo este término se engloban múltiples trastornos de etiología muy diversa cuyos caracteres difieren considerablemente entre sí. Todos ellos representan, sin embargo, un trastorno profundo del psiquismo del sujeto y se manifiestan a través de una serie de fenómenos psíquicos, siempre patológicos, que resultan incomprensibles para las personas

8 C. Gullo, 'Incapacità perpetua di assumere gli oneri coniugali o incapacità di assumere oneri coniugali perpetui?', DE 89 (1978) 14; E. Olivares, 'Incapacitas assumendi obligationes essentielles matrimonii, debetne esse perpetua?', *Periodica* (1986) 153-69; J. M. Pinto, 'Incapacitas assumendi onera in novo CIC', *Dilexit Iustitiam. Studia in honorem Aurelii Card. Sabbatani* (Ciudad del Vaticano 1984) 24-25; M. F. Pompedda, 'Annotazioni circa la *incapacitas assumendi onera coniugalia*', IC 22 (1982) 197-98; idem, 'Annotazioni sul Diritto matrimoniale nel nuovo Codice canonico', *Il matrimonio nel nuovo Codice di Diritto canonico. Annotazioni di Diritto sostanziale e processuale* (Padova 1984) 136; A. Arza, 'Incapacidad para asumir las obligaciones esenciales del matrimonio' DE 91 (1980) 507-8; idem, '¿Los homosexuales incapaces para contraer matrimonio?', *La Chiesa dopo il Concilio. Atti del Congresso Internazionale di Diritto canonico*, Roma 14-19 enero 1970, II, 1, Comunicazioni (Milano 1972) 91-92; V. Guitarte Izquierdo, 'Cuestiones acerca de la incapacidad para asumir las obligaciones conyugales como causa de nulidad matrimonial' RJC (1983) 468; J. J. García Faílde, *Manual de Psiquiatría forense canónica* (Salamanca 1987) 88-91.

9 Sentencias c. Anné 17 enero 1-67, SRRD vol. 54, dec. 4, p. 29, n. 11; c. Lefebvre 18 enero 1969, vol. 61, dec. 10, p. 48, n. 2; idem 15 enero 1972, vol. 64, dec. 8, pp. 18-19, n. 8; c. Raad 20 marzo 1980, ME 105 (1980) 180; c. Pompedda 19 febrero 1982, DE 93 (1982) 325-26.

10 *Glosario y guía para la clasificación de los trastornos mentales basada en las recomendaciones de la Conferencia para la 9ª Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD-9)* (Ginebra 1978). Versión oficial en castellano tomada del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III)* publicado por la American Psychiatric Association en 1978 (Barcelona 1984) Apéndice D.

que le rodean¹¹ y se caracterizan principalmente por marcadas alteraciones en el estado de ánimo del sujeto, desorganización del pensamiento y pérdida del contacto con el mundo real, para sumirse en un mundo de preocupaciones altamente personalizadas¹².

Utilizando palabras del Dr. Vallejo Nágera, mientras que todos los actos psíquicos que se consideran normales están engarzados lógicamente unos con otros en una relación de sentido y son consecuentes, lógicos y comprensibles, en las psicosis tal armonía se rompe para dar lugar a una serie de experiencias psíquicas o afectivas ilógicas, injustificadas, incluso absurdas, independientes de la estructura comprensible de la vida psíquica del enfermo, que en ocasiones las vive como ajenas. Por esta razón el sujeto vive sus experiencias psicóticas como si le fueran impuestas desde fuera con carácter coercitivo, de forma que se siente privado de la libertad para aceptarlas o dirigir las¹³. Este conjunto de caracteres es lo que el autor denomina *pérdida de sentido de la vida psíquica*, que constituye el síntoma esencial o primario que permite el diagnóstico de la enfermedad.

En general las psicosis suelen presentar la siguiente sintomatología esencial¹⁴:

- Alteraciones de la percepción: ilusiones, alucinaciones, desvaríos, desorientación.
- Alteraciones del juicio: ideas delirantes, ideas fijas, obsesiones.
- Alteraciones de la hilación mental: fuga de ideas, lentitud discursiva.
- Alteraciones de volición: actividad psicomotora aumentada o disminuida, compulsaciones, estereotipia, negativismo, estupor.
- Alteraciones de la emotividad: exaltación, depresión, apatía, ira.
- Alteraciones de la memoria: amnesia, hiperamnesia, paramnesia.
- Alteraciones de la atención: apresexia, hiperprosexia.
- Alteraciones de la personalidad: despersonalización, desdoblamiento de la personalidad, personalidad múltiple, transformación de la personalidad.

Como rasgo característico el psicótico mantiene una relación muy peculiar con la realidad, y es precisamente este tipo de relación el que marca el diagnóstico diferencial con las neurosis¹⁵. Así, a diferencia del neurótico, que

11 E. Castañeda, *La enajenación mental y el consentimiento matrimonial a la luz de la Psiquiatría y de la Jurisprudencia de la Sagrada Rota Romana* (Valladolid 1955) 7.

12 A. M. Freedman - H. I. Kaplan - B. J. Sadock, *Compendio de Psiquiatría* (Barcelona 1981) 230.

13 *Introducción a la Psiquiatría* (Madrid 1984) 102.

14 J. H. Hasserman, 'Psicosis', *Gran Enciclopedia del mundo* 15 (Bilbao 1967) col. 892.

15 J. Serrallonga, 'Psicosis: generalidades', *Introducción a la Psicopatología y Psiquiatría* (Barcelona 1980) 531-32.

es capaz de interpretar el mundo en que vive de acuerdo con los criterios propios del ambiente social en que ha sido educado, el psicótico interpreta la realidad de una forma vivencial, difícilmente comprensible para los individuos que le rodean, de forma que llega a comportarse de manera rígida, insegura y en ocasiones contradictoria.

Por otra parte, mientras que el neurótico, consciente del trastorno que padece, lucha contra las limitaciones que le produce, el psicótico no es capaz de realizar un acto de introspección y reflexión sobre su propio trastorno, ni siquiera puede, en la generalidad de los casos, reconocer su propio estado.

Como puede apreciarse nos encontramos ante un trastorno mental tan profundo y acusado que puede convertir al sujeto en 'un ser socialmente incompetente, irresponsable, aquejado de graves alteraciones intelectuales, emocionales'¹⁶, lo cual permite en principio poner en duda la capacidad del psicótico para prestar válidamente el consentimiento matrimonial pues, como consecuencia de la desorganización de su personalidad y de las graves alteraciones afectivas y perceptivas que puede sufrir, cabe cuestionar su aptitud no sólo para valorar críticamente la importancia del vínculo que contrae, sino para cumplir de forma adecuada las cargas que tal vínculo lleva implícitas¹⁷.

Pero desde el punto de vista de su etiología las psicosis suelen dividirse en dos grupos:

— Psicosis exógenas u orgánicas: estas psicosis tienen su origen en factores de tipo externo, casi siempre conocidos, que suelen afectar esencialmente al cerebro¹⁸. Pertenecen a este grupo, entre otras, las toxifrenias, las psicosis traumáticas, las psicosis sifilíticas, preseniles, seniles, arterioscleróticas, etc.

— Psicosis endógenas, constitucionales o primarias: a diferencia de las anteriores el origen de estas psicosis se encuentra en la misma constitución del individuo, aunque en la mayoría de los casos se desencadenan por causas desconocidas. Entre ellas cabe destacar las esquizofrenias, las psicosis maniaco-depresivas, las paranoias, etc. Asimismo cabe incluir aquí las epilepsias en aquellos casos que cursen con síntomas psicóticos.

Partiendo de los caracteres que en sentido general pueden presentar los diversos tipos de psicosis centraremos nuestra atención sólo en aquellos trastornos psicóticos que de forma más clara pueden incidir en la capacidad para contraer válidamente matrimonio, por la influencia que ejercen sobre las facultades superiores del sujeto y en toda su personalidad.

16 J. H. Hasserman, 'Psicosis', col. 892.

17 En este sentido se expresa una sentencia del Tribunal Eclesiástico de Santiago de Compostela de 5 noviembre 1984, c. Calvo Tojo, confirmada por decreto de la Rota Española de 7 marzo 1985, REDC 41 (1985) p. 264, n. 4.

18 J. J. García Fafide, 'Neurosis y psicopatías en las causas de nulidad de matrimonio' RJC (1976) 69.

III.—TRASTORNOS PSICOTICOS ESPECIFICOS

1. LA ESQUIZOFRENIA

a) *Descripción del trastorno*

Se comprende bajo este término¹⁹ un grupo de trastornos de diferentes etiologías que ha sido descrito por la OMS como un 'desorden fundamental de la personalidad, una distorsión característica del pensamiento, con frecuencia un sentimiento de estar controlado por fuerzas ajenas, ideas delirantes que pueden ser extravagantes, alteración de la percepción, afecto anormal sin relación con la situación real y autismo'.

Se trata de una psicosis endógena que altera profundamente la personalidad del sujeto y que puede presentar la siguiente sintomatología:

— Alteraciones perceptivas, que se traducen en alucinaciones de diversos tipos, siendo las más frecuentes las auditivas, visuales, olfativas y gustativas.

— Alteraciones del pensamiento: los procesos mentales del esquizofrénico no conducen a conclusiones basadas en la realidad o en la lógica universal²⁰. No es capaz de generalizar adecuadamente ni de distinguir, en una determinada cuestión, lo importante de lo irrelevante. Su pensamiento se hace rígido, ilógico y en ocasiones extravagante. Puede tener la sensación de que sus pensamientos son difundidos hacia el exterior desde su propia cabeza, o bien de que son introducidos en su mente desde fuera, que le han sido robados o impuestos, etc.²¹. La capacidad crítica es deficiente y se aprecian a menudo fallos del juicio y raciocinio, que se alteran con períodos de lucidez.

— Trastornos de la afectividad: pueden presentarse mediante una afectividad embotada, manifestando una cierta superficialidad emocional; una afectividad aplanada, mostrando una gran apatía; o bien una afectividad inapropiada, discordante con las palabras que utiliza²². Es característica, asimismo, la ambivalencia afectiva y las paratimias o respuestas afectivas inadecuadas o incongruentes.

— Trastornos en la identificación y gobierno del *yo*: el enfermo esquizofrénico muestra una total perplejidad acerca de su propia identidad y del

19 El vocablo esquizofrenia tiene su origen en las voces *esquizos* (= partido, roto) y *phren* (= inteligencia). Expresa, por tanto, la escisión o disgregación de las funciones psicológicas en general, de forma que afecta al pensamiento, la afectividad, los sentimientos y a las relaciones del sujeto enfermo con el mundo exterior. Cf. Codon-López Saiz, *Psiquiatría jurídica, penal y civil* 1 (Burgos 1968) 234 ss.

20 A. M. Freedman - H. I. Kaplan - B. J. Sadok, *Compendio de Psiquiatría*, 245. Los mismos autores ilustran con un ejemplo el pensamiento esquizofrénico utilizando el siguiente razonamiento: 'La Virgen María era virgen; yo soy virgen; por tanto yo soy la Virgen María'.

21 DMS-III, 192.

22 *Ibid.* 193; C. Ruiz Ogara, 'Las esquizofrenias', *Psiquiatría* 2 (Barcelona 1981) 843.

significado de su propia existencia. Se siente raro, extraño, y puede llegar incluso a la despersonalización (identificación con otros seres u objetos) o al desdoblamiento de la personalidad. Puede sentirse también incapaz de dominar su actividad psíquica y de controlar sus propios actos.

— Ideas delirantes: son ideas erróneas, falsas, a menudo incomprensibles psicológicamente, irrefutables, que no son posibles de corregir por medio del razonamiento y que no pertenecen al ambiente cultural del paciente. Es éste el síntoma con el que culmina el síndrome de disociación que tiene lugar en el enfermo esquizofrénico²³.

— Autismo: el sujeto se repliega sobre sí mismo y se aísla, para permanecer preocupado por sus ideas egocéntricas y sus fantasías.

Respecto a la memoria, la inteligencia y la atención, aunque no están en realidad afectadas, sí pueden encontrarse bloqueadas, de forma que en ocasiones dé la impresión de que el enfermo está demenciado, lo cual es mera apariencia como demuestran las remisiones de la enfermedad en pacientes crónicos²⁴.

Es importante hacer notar que la esquizofrenia presenta un curso de evolución progresivo, manifestándose en forma de brotes que se alternan con remisiones —espontáneas o terapéuticas—, aunque éstas generalmente no son totales sino que pueden dejar en el sujeto un residuo patológico o *defecto esquizofrénico*, sin que se descarte la posibilidad de recuperación total o de remisión completa²⁵. Cuando la enfermedad no se ha estabilizado en su fase inicial ni en la de estado continúa su evolución, que generalmente tiende hacia la plena disgregación y demenciación, con regresión casi total de la vida psíquica, pudiéndose alcanzar niveles vegetativos y automáticos en el comportamiento.

Suelen distinguirse los siguientes tipos o formas de manifestación de la esquizofrenia²⁶:

— Tipo simple: la esquizofrenia simple se caracteriza por una evolución lenta y solapada de la enfermedad con ausencia de delirio y de síntomas llamativos. Se produce un progresivo empobrecimiento de la personalidad, apatía progresiva, disminución de la espontaneidad, embotamiento de la afectividad y autismo.

— Tipo hebefrénico o desorganizado: se caracteriza, fundamentalmente, por una alteración en la esfera afectiva que se manifiesta mediante una notable incoherencia con grandes oscilaciones en el humor. No presenta ideas delirantes sistematizadas aunque sí son frecuentes los delirios fragmentarios y las alucinaciones sin contenido coherente.

— Tipo catatónico: el rasgo fundamental de este tipo de esquizofrenia son las alteraciones de la psicomotricidad y la desorganización de la conducta.

23 J. Serrallonga, 'Esquizofrenias', *Introducción a la Psicología y Psiquiatría* 551.

24 J. A. Vallejo Nágera, *Introducción a la Psiquiatría*, 246.

25 DSM-III, 195.

26 Estos tipos figuran en la clasificación de la Asociación Americana de Psiquiatría bajo los códigos 295.1x (esquizofrenia desorganizada), 295.2x (catatónica), 295.3x (paranoide), 295.9x (tipo indiferenciado) y 295.6x (tipo residual): DSM-III, 200-3.

El paciente suele mostrar estupor, negativismo, rigidez, que se alternan con momentos de excitación e hiperactividad.

— Tipo paranoide: se trata de un tipo de esquizofrenia cuyo comienzo suele ser más tardío que en los restantes, aunque los síntomas que presenta suelen ser más estables en el tiempo. El rasgo esencial de esta forma de esquizofrenia es la existencia de ideas delirantes o alucinaciones de persecución o de grandeza, aunque también pueden darse ideas delirantes de celos. Como síntomas asociados pueden aparecer ansiedad, ira y violencia, dudas acerca de la propia identidad sexual o miedo a ser considerado homosexual, o a las relaciones con homosexuales, etc. Todo ello puede dificultar en gran medida las relaciones interpersonales.

— Tipo indiferenciado: presenta síntomas psicóticos que no pueden ser clasificados en ninguna de las categorías anteriores o bien que cumplen los criterios de más de un tipo.

— Tipo residual: aunque presenta semejanzas con la esquizofrenia latente el tipo residual es el estado que sigue a un brote esquizofrénico. Son frecuentes en este tipo el retraimiento social, la conducta excéntrica y la pérdida de capacidad asociativa.

b) *Capacidad para contraer matrimonio válidamente*

Si desde el punto de vista psiquiátrico la esquizofrenia es considerada como una de las más importantes y frecuentes psicosis endógenas²⁷ en el terreno jurídico-canónico ocupa también un importante lugar entre los trastornos que más frecuentemente se invocan ante los tribunales eclesiásticos como causas incapacitantes para prestar un consentimiento matrimonial válido. A este respecto se observa en la Jurisprudencia un tratamiento distinto de la enfermedad dependiendo del período de evolución en que se encuentre en el momento de contraer matrimonio.

Así, los tribunales se han mostrado generalmente reacios a conceder la nulidad del matrimonio contraído en la fase inicial de la esquizofrenia —fase que por otra parte nunca se presume, sino que debe probarse 'invicta maturitatem iudicii tempore celebrationis defecisse'— pues se considera que en este período *incipiens* no puede hablarse aún de verdadera enfermedad sino de simple propensión a la misma, que no produce en rigor una falta de discreción de juicio²⁸, y se concluye que en esta primera fase la esquizofrenia

27 E. Castañeda, *La enajenación mental...*, 180. De los estudios realizados sobre la incidencia de la esquizofrenia en la población se deduce que esta enfermedad afecta a unas 150 personas por cada 100.000 habitantes, aunque en algunos países dicha cifra varía considerablemente, como es el caso de Yugoslavia, que presenta una proporción de 329 casos por cada 100.000 habitantes. Vid. a este respecto J. M. Reinhardt, 'La incompatibilidad esencial como base para la nulidad del matrimonio', *El consentimiento matrimonial, hoy* (Salamanca 1976) 332.

28 Sentencias c. Palazzini 31 marzo 1971, SRRD. vol. 63, dec. 66, p. 237, n. 6; c. Sabbatani 14 junio 1963, vol. 55, dec. 84, p. 476, n. 3.

no lleva consigo necesariamente la incapacidad del sujeto para contraer matrimonio²⁹.

En la fase de instalación o de estado, sin embargo, la Jurisprudencia ha considerado que la enfermedad priva al sujeto de la necesaria capacidad crítica y de la libre determinación y elección³⁰, incapacitándole para contraer matrimonio, bien por falta grave de la requerida discreción de juicio, bien por incapacidad para asumir las obligaciones esenciales del matrimonio³¹.

Ciertamente en sus primeras manifestaciones la esquizofrenia puede dejar intacta en el sujeto la capacidad de discernir y valorar críticamente la importancia del matrimonio que contrae, permitiendo en él el uso de razón y la discreción de juicio, pero a este dato hay que añadir que, aún permaneciendo en estado de incubación o latencia, sin manifestaciones externas notorias, el trastorno puede estar ya incidiendo en el sujeto de tal forma que le incapacite para instaurar con su consorte una comunidad de vida y amor, para realizar el objeto del consentimiento³². Esta incapacidad se aprecia claramente en las formas agudas y cíclicas de comienzo de la esquizofrenia, en que los síntomas psicóticos se manifiestan ya desde el principio en forma de brote delirante, pero también puede afirmarse de la esquizofrenia cuyo inicio se realiza de forma progresiva.

En su fase de estado —y, con mayor razón, en la terminal— la esquizofrenia puede producir serios trastornos tanto en el ámbito de la percepción como en el del pensamiento, que dificultan sin duda en el sujeto la apreciación de la realidad y la realización de un juicio valorativo y deliberado sobre la cuestión más insignificante. De ahí que, si analizando el caso concreto, llegaran a demostrarse tales síntomas, podría afirmarse la existencia de un grave defecto de discreción de juicio en el paciente esquizofrénico.

Pero además, teniendo en cuenta las profundas alteraciones que la enfermedad produce en la personalidad total del sujeto, embotando y distorsionando su afectividad, bloqueando sus relaciones interpersonales, transformándolo en egocéntrico y autista, se comprueba que las principales características de este trastorno son difíciles de conciliar con la esencia del matrimonio canónico, que exige la donación total de los esposos, la comunión de sus vidas, su proyección en la generación y la educación de otras nuevas. Por todo ello, en principio, puede afirmarse que la esquizofrenia, en su período de instalación, incapacita al sujeto para asumir las obligaciones esenciales del matrimonio como conse-

29 Sentencias c. Mannucci 8 abril 1924, SRRD vol. 16, dec. 16; c. Wynen 30 diciembre 1936, vol. 28, dec. 85; c. Quattrococo 10 marzo 1944, vol. 36, dec. 15; etc.

30 Entre otras decisiones cabe citar las sentencias c. Felici 26 febrero 1952, SRRD vol. 44, dec. 19; c. Palazzini 31 marzo 1971, vol. 63, dec. 66; decreto c. García Faílde 17 mayo 1978, *Algunas sentencias y decretos (Causas de nulidad matrimonial y cuestiones procesales)* (Salamanca 1981) 189-91; c. Stankiewicz 5 abril 1979, EIC 36 (1980) 153.

31 Sentencias c. Pecorari 10 agosto 1943, SRRD vol. 35, dec. 67; c. Heard 4 diciembre 1943, vol. 35, dec. 82; c. Felici 26 febrero 1962, vol. 44, dec. 19; c. Pinto 20 noviembre 1969, vol. 61, dec. 214; decreto c. Huot 5 junio 1981, cit. por M. F. Pompedda, 'Annotazioni sul Diritto matrimoniale...' 132; sentencia c. Reyes 8 marzo 1985, REDC 41 (1985) 595-623.

32 Sentencia c. Reyes 8 maro 1985, cit.

cuencia de los profundos y graves trastornos que se producen en su personalidad a todos los niveles³³.

Por otra parte, y dada la evolución típica de la esquizofrenia, que se manifiesta generalmente en forma de brotes, puede ocurrir que el consentimiento matrimonial se haya prestado en un período de remisión. Dejando a salvo la posibilidad de que se trate de una auténtica remisión total o curación de la enfermedad, en cuyo caso el contrayente ha prestado un consentimiento perfectamente válido, en aquellos casos en que el trastorno persista, manteniéndose en estado de latencia y manifestándose posteriormente mediante un nuevo brote, en realidad la personalidad del paciente está atacada por la enfermedad aunque externamente no puedan apreciarse sus efectos durante un cierto período de tiempo. En tales circunstancias cabría dudar de la validez del consentimiento prestado, pues mediante él el contrayente está asumiendo unas obligaciones que es incapaz de cumplir como consecuencia del trastorno que padece. La constatación de tal incapacidad ha llevado en diversos casos a declarar la nulidad del matrimonio contraído en una de estas fases³⁴.

2. PSICOSIS AFECTIVAS

a) Descripción del trastorno

Nos encontramos ante una serie de trastornos mentales que, según la definición de la OMS presenta como característica fundamental la 'alteración grave del ánimo (compuesta casi siempre por depresión y ansiedad, pero también se manifiesta por alborozo y excitación) acompañada de uno o más de los siguientes síntomas y signos: ideas delirantes, perplejidad, perturbación de la actitud hacia sí mismo, trastornos de la percepción y del comportamiento, todo ésto de acuerdo con el ánimo prevaleciente en la personalidad'.

Los trastornos del estado de ánimo que presenta este tipo de psicosis comprenden episodios de euforia o manías, estados de depresión y trastornos que presentan alternativamente fases de euforia y depresión³⁵:

— El *episodio maniaco* es un período de tiempo caracterizado por el predominio de un estado de ánimo eufórico y optimista, una marcada alegría inmotivada y vital, iniciativa e hiperactividad, irritabilidad, distraibilidad, autoestima excesiva y disminución del sueño. Es frecuente la *fuga de ideas*, que se

33 Así lo ha reconocido la Jurisprudencia rotal en diversas ocasiones: sentencias c. Masala 10 mayo 1978, EIC 35 (1979) 253-71; c. Panizo 4 julio 1981, *Nulidades de matrimonio por incapacidad (Jurisprudencia y apuntes doctrinales)* (Salamanca 1982) 88; decreto c. García Falde 19 enero 1982, *Colectanea de Jurisprudencia canónica* 19 (1983) 34.

34 Cf. sentencias c. Di Felice 13 enero 1971, SRRD vol. 63, dec. 6, n. 2; c. Palazzini 31 marzo 1971, vol. 63, dec. 66, n. 12; c. Pasisella 19 enero 1982, *Colectanea...* 19 (1983) 36.

35 La Asociación Americana de Psiquiatría, apartándose del resto de las clasificaciones, distingue entre trastornos afectivos mayores (episodios maniaco y represivo mayores), otros trastornos afectivos específicos (trastornos ciclotímicos y distímicos) y trastornos afectivos atípicos (bipolar atípico y depresión atípica): DSM-III, 215-35.

exterioriza por la aceleración en la forma de hablar, con cambios bruscos de tema, a partir de asociaciones comprensibles. Suelen aparecer también ideas delirantes, generalmente de grandeza³⁶.

Estos episodios evolucionan con fases de remisión total de los síntomas, cuya frecuencia y duración varía enormemente de un paciente a otro, pudiendo presentarse una única fase maníaca a lo largo de toda una vida o bien una sucesión de fases prolongadas y con períodos de remisión cada vez más breves³⁷. En su estado extremo, en la denominada *mania delirante*, el sujeto pierde totalmente el contacto con la realidad, mostrando un lenguaje incoherente, una actividad constante y absurda, alucinaciones e ideas delirantes³⁸.

— El *episodio depresivo*, por el contrario, presenta un cuadro de tristeza inmotivada y vital, un estado de ánimo disfórico, desesperanzado y desanimado. Suele apreciarse en el sujeto un descenso de la actividad, unido a la pérdida de interés y el cansancio continuado, especialmente matinal. Es frecuente también el retraimiento y el alejamiento de los amigos y familiares, así como un sentimiento de inferioridad, autoacusación, autodesprecio y desesperación, que puede llevarle al suicidio³⁹. En algunos casos puede aparecer irritabilidad, crisis de angustia y fobias, así como ideas delirantes y alucinaciones, que provocan un bloqueo en las funciones psíquicas del paciente, respecto de los temas que constituyen el contenido de tales ideas patológicas⁴⁰.

Al igual que en los episodios maníacos la evolución de las depresiones se desarrolla mediante fases en que se alternan los episodios patológicos con épocas de remisión, con ausencia de síntomas. Las fases depresivas son generalmente cada vez más intensas y duraderas y en los *períodos intervalares* la remisión tiende a no ser total.

— La *psicosis maniaco-depresiva* se caracteriza por la presentación, en el mismo individuo, de fases o accesos de excitación eufórica (manía) y otros de profunda tristeza (depresión o melancolía) en distintos momentos de su vida⁴¹. Estas fases pueden alternarse de forma muy diversa y sus características son las descritas anteriormente, sin embargo en el maniaco-depresivo los síndromes fásicos aparecen más puros y típicos que en los individuos que sólo padecen manías o depresiones.

b) *Capacidad para contraer matrimonio válidamente*

Teniendo en cuenta que el estudio de la capacidad de una determinada persona para contraer matrimonio ha de realizarse siempre atendiendo al momento en que prestó el consentimiento matrimonial, la valoración del estado psíquico del sujeto que padece una psicosis afectiva, especialmente si es maniaco-

36 Ibid., 216-18.

37 J. A. Vallejo Nágera, *Introducción a la Psiquiatría*, 215-17.

38 A. M. Freedman - H. I. Kaplan - B. J. Sadock, *Compendio de Psiquiatría*, 272-73.

39 DSM-III, 220-21.

40 J. A. Vallejo Nágera, *Introducción a la Psiquiatría*, 210.

41 Ibid., 218; Codón-López Saiz, *Psiquiatría jurídica...*, 313 ss.

depresiva, tropieza con una serie de dificultades que derivan de la misma naturaleza y características de esta enfermedad:

- La duración variable y en ocasiones brevísima de los accesos maníacos y depresivos, así como el escaso grado de gravedad que a veces presentan ⁴².
- La periodicidad de tales accesos, que pueden alternar con intervalos de remisión y normalidad prolongados ⁴³.
- La diagnosis de la enfermedad no prueba que existiera ya en el momento de prestar el consentimiento o que al contraer matrimonio el sujeto no se encontrara en un *periodo intervalar* ⁴⁴.
- El examen pericial del enfermo realizado con posterioridad a la celebración del matrimonio no puede determinar de forma indubitada el estado del contrayente en aquel momento.
- En la psicosis maníaco-depresiva falla la regla comúnmente utilizada por la Jurisprudencia según la cual probada la *demencia* antecedente y la consiguiente se presume probada la intermedia ⁴⁵.

Conscientes de tales dificultades los jueces han otorgado un tratamiento distinto a los diversos supuestos, dependiendo de si el matrimonio ha sido contraído en pleno acceso maníaco o depresivo o por el contrario en un período de remisión. En el primer caso la Jurisprudencia ha considerado que el ejercicio de las facultades psíquicas del sujeto puede alterarse en grado tal que resulte afectada gravemente su capacidad, haciéndose imposible la realización de un verdadero acto humano ⁴⁶ y por tanto la prestación de un consentimiento matrimonial válido, siempre que llegue a probarse que aquel acceso se encontraba en período agudo y que estaba privando al sujeto de la capacidad deliberativa necesaria para contraer matrimonio ⁴⁷.

En los supuestos —más frecuentes— en que el matrimonio haya sido contraído por un enfermo maníaco-depresivo en un período interfásico la Jurisprudencia tradicional, acogiendo a la tesis de los intervalos lúcidos, entendía que el matrimonio no podía ser declarado nulo, pues el sujeto gozaba en el momento del consentimiento de la plenitud de sus facultades mentales ⁴⁸.

42 Cf. A. Ciampolini, *I matrimoni nulli al lume della biologia (questioni mediche nel Diritto matrimoniale)* (Roma 1943) 92-3.

43 Sentencias c. Grazioli 23 abril 1931, SRRD vol. 23, dec. 19, n. 17; c. León del Amo 11 junio 1973, *Sentencias, casos y cuestiones en la Rota española* (Pamplona 1977) 751.

44 E. Castañeda, *La enajenación mental...*, 237.

45 Sentencias c. Heard 4 diciembre 1943, SRRD vol. 35, dec. 82, n. 5; c. Jullien 5 julio 1947, vol. 39, dec. 50, n. 3; c. Sabattani 18 mayo 1956, vol. 48, dec. 108, n. 8; c. Pinna 24 mayo 1967, vol. 59, dec. 84, n. 4.

46 Sentencias c. Calvo Tojo 5 noviembre 1984, confirmada por decreto de 7 marzo 1985, REDC 41 (1985) 267.

47 Sentencias c. Florczak 27 mayo 1926, SRRD vol. 18, dec. 23; c. Caiazo 30 julio 1940, vol. 32, dec. 56; c. Lamas 12 abril 1956, vol. 48, dec. 69.

48 Así, se lee en una sentencia c. Cattani de 16 marzo 1921: 'Non impedit quominus qui ea labore transactis furoris periodis, mentis facultatibus rite utatur, et ideo matrimo-

Pero a raíz de la crisis que sufrió dicha teoría, que empezó a ser negada por la psiquiatría más avanzada, los tribunales aceptaron la doctrina psiquiátrica que consideraba que los enfermos maniaco-depresivos graves no deben casarse, ni siquiera en los espacios que median entre los accesos, salvo que se dieran períodos muy largos de normalidad⁴⁹. Así, encontramos sentencias que declararon la nulidad de matrimonios celebrados en uno de tales períodos⁵⁰ reconociendo implícitamente que en definitiva el contrayente es un enfermo psicótico, aún cuando la enfermedad se encuentre en ese momento en un estado de remisión.

Como puede apreciarse, salvo en estos últimos casos, la Jurisprudencia ha planteado el análisis de la capacidad para contraer matrimonio desde la perspectiva de la discreción de juicio encontrándose, obviamente, con numerosas dificultades. Nuestro enfoque del tema, sin embargo, nos lleva a destacar cómo este tipo de trastornos afecta a la personalidad del sujeto, incapacitándolo en numerosos casos para establecer una adecuada relación interpersonal.

Parece claro que en los accesos maniacos y depresivos, en que la personalidad, la afectividad y la conducta del sujeto pueden encontrarse totalmente alteradas, existe una incapacidad para constituir una comunidad de vida y amor y por tanto para prestar un consentimiento matrimonial válido⁵¹. A este respecto resulta sumamente interesante una sentencia c. Panizo, de 4 mayo 1984, que declaró la nulidad del matrimonio contraído en un momento de *hipomanía*, por incapacidad al menos relativa de los cónyuges, para la relación interpersonal conyugal, en la que afirmaba el ponente:

'Una psicosis maniaco-depresiva altera la personalidad, la conducta, la afectividad, la voluntad en grado tan intenso que en todo caso determinará una incapacidad del sujeto para constituir una verdadera relación interpersonal conyugal... No cabe integración con una persona en tales condiciones'⁵².

Y si consideramos que este tipo de psicosis puede producir tal afectación en el sujeto que puede incapacitarle para asumir las obligaciones esenciales del matrimonio, la misma incapacidad existirá aún cuando el consentimiento matrimonial fuera prestado en un momento de remisión o normalidad, siempre que la personalidad del sujeto estuviera ya afectada por la enfermedad, pues la capacidad para contraer matrimonio no exige de forma exclusiva capacidad

nium, si quidem hisce in adiunctis fuerit contractum ,nullum non potest declarari' (SRRD vol. 13, dec. 5, n. 12).

Y en el mismo sentido afirma una c. Grazioli de 24 abril 1931: 'Quando puidem in phraenosi maniaco-depresiva non modo dantur lucida intervalla et quidem satis longa, sed in istis aegroti frui etiam possunt perfecta integritate mentali...' (vol. 23, dec. 19, n. 17).

49 Sentencia c. León del Amo 11 junio 1971, *Sentencias...* p. 271, n. 4.

50 Sentencias c. Heard 8 enero 1959, SRRD vol. 51, dec. 1; c. Lefebvre 9 mayo 1959, que confirma la sentencia anterior, vol. 51, dec. 84; c. Bejan 10 junio 1970, vol. 62, dec. 126.

51 En el mismo sentido, L. Gutierrez Martín, *La incapacidad para contraer matrimonio*, 114-5.

52 *Colectanea...* 21 (1984) 27 y 35.

para el acto concreto del consentimiento o matrimonio *in fieri* sino para constituir una auténtica comunión interpersonal durante la vida, esto es, para el matrimonio *in facto esse*.

No obstante, debemos añadir que en el tratamiento de estas causas debe procederse con una especial cautela pues ciertamente encontramos con frecuencia personalidades ciclotímicas o casos de depresión —por desgracia tan numerosos en la sociedad actual— pero tales trastornos —no patológicos— no pueden confundirse con una verdadera psicosis maniaco-depresiva o con un auténtico episodio depresivo mayor. Compete al juez analizar en cada caso concreto los efectos que la anomalía ha producido sobre el sujeto, pero no deberá apreciar una *incapacitas assumendi obligationes essentielles matrimonii* sino en aquellos supuestos verdaderamente graves, en los que quede realmente demostrada la perturbación de la personalidad del sujeto.

3. LA PARANOIA

a) Descripción del trastorno

El término paranoia tiene su origen en las voces griegas *para* (=junto a, de lado) y *nous* o *noein* (=pensamiento, conocimiento). En su sentido etimológico significa, pues, pensamiento paralelo, conocimiento desviado o disposición anormal a pesar de una determinada dirección.

Este trastorno puede aparecer en el sujeto como consecuencia de una cierta predisposición constitucional que, mientras en algunos casos es tan intensa que basta por sí misma para hacerla surgir (paranoia endógena) en otros el delirio se produce como consecuencia del impacto que sobre esa personalidad producen ciertas vivencias traumatizantes para el sujeto (paranoia reactiva)⁵³. Entre las notas características de la personalidad paranoica destacan las siguientes⁵⁴:

- El paranoico muestra un orgullo desmedido que se manifiesta por la necesidad imperiosa de ser elogiado continuamente y la incapacidad de reconocer los propios fallos.
- Su interpretación de los acontecimientos es errónea y su visión del mundo que le rodea inexacta.
- Ello le induce a desconfiar de las personas que le rodean y a sospechar que le son hostiles.
- Su poderoso egocentrismo le lleva a considerar que todo lo que ocurre a su alrededor va dirigido a él.

53 J. A. Vallejo Nájera, *Introducción a la Psiquiatría*, 225 ss.

54 Codón-López Saiz, *Psiquiatría jurídica...*, 283 ss.; J. L. Santos Díez, 'Incapacidad de asumir los deberes esenciales del matrimonio por causas de tipo psíquico', *El consentimiento matrimonial*, hoy, 20; J. M. Moles Caubet, *Problemas matrimoniales. Introducción a su estudio* (Barcelona 1977) 36-7.

- Le resulta enormemente difícil establecer una relación interpersonal estrecha y significativa pues siempre procede en tal relación con una lógica rigurosa aunque errónea.
- Se encuentra generalmente inadaptado al medio social en que vive.
- Cuando se siente perseguido o humillado su potencial agresividad puede exteriorizarse respondiendo de forma colérica, mediante amenazas, insultos y ofensas. Es esta agresividad, precisamente, la que convierte al paranoico en el más peligroso de los enfermos mentales, pues sus ideas delirantes pueden incluso impulsarle a cometer un homicidio.

Pero a pesar del trastorno profundo de su personalidad el paranoico suele presentar ante los demás un comportamiento razonable, cordial, afable e incluso servil⁵⁵, mientras no surja el tema delirante. Es importante asimismo señalar que la paranoia afecta preferentemente a personas de inteligencia media o superior y no llega a atacar dicha facultad⁵⁶, a la vez que la memoria y el juicio se conservan en buen estado y la capacidad laboral es normal, incluso en aquellos casos en que el trastorno es crónico. 'Son la actividad social y el matrimonio los que se encuentran a menudo gravemente deteriorados'⁵⁷.

La característica fundamental que define a la paranoia es la aparición de una serie de ideas absurdas, sobrevenidas, ilógicas, que se denominan ideas delirantes y que en el paranoico presentan la novedad de estar sistematizadas, relacionadas unas con otras formando un todo coherente y lógico⁵⁸. Estos delirios pueden versar sobre una multiplicidad de temas, tantos como abarca la actividad humana, aunque generalmente derivan de los deseos y temores más profundos del sujeto. Los más frecuentes suelen ser los delirios de persecución, grandeza, reivindicación, el delirio erótico y el celotípico.

Este tipo de psicosis se inicia de forma progresiva e insidiosa, evolucionando lenta y solapadamente a lo largo de varios años en que los períodos delirantes de mayor intensidad se van alternando con etapas más tranquilas y sosegadas. No obstante, la concurrencia de la predisposición personal del sujeto que padece el trastorno y la vivencia de ciertos acontecimientos o factores desencadenantes del delirio puede dar lugar al fenómeno de *rompimiento o catástrofe*, que puede empujar fácilmente al paciente hasta el suicidio.

b) *Capacidad para contraer matrimonio válidamente*

La doctrina psiquiátrica tradicional consideró la paranoia como el caso más típico de *locura parcial*, de modo que se entendía que el paranoico no era capaz de contraer matrimonio exclusivamente cuando el objeto de su de-

55 B. Montoya Triviño, 'Anomalías psicológicas y sus efectos en orden al compromiso matrimonial', *Curso de Derecho...* 2 (1977) 197.

56 A. Cuschieri, 'Morbus mentis in iure matrimonialis canonico', REDC 23 (1967) 59.

57 DSM-III, 206.

58 A. Bulbena, 'Paranoia y psicosis delirantes crónicas', *Introducción a la Psicopatología y Psiquiatría*, 570-71.

lirio versara sobre la materia matrimonial⁵⁹. Se hacía necesario, así, demostrar la relación de causalidad existente entre tal delirio y la *res uxoria et matrimonialis*.

Este principio fue recibido y aplicado por la Jurisprudencia canónica que no admitía relevancia alguna a la paranoia, a efectos de determinar su incidencia en el consentimiento matrimonial, cuando la temática delirante no estaba directamente relacionada con el matrimonio o, más concretamente, con la materia sexual⁶⁰. No obstante, en esta etapa pueden apreciarse dos fases distintas en el tratamiento jurisprudencial de estas causas⁶¹: en la primera de ellas, quizá debido a la dificultad de diagnosticar este trastorno y a su fácil confusión con las formas hebefrénica y paranoica de la esquizofrenia, apenas encontramos en el Tribunal de la Rota casos en que del dictamen pericial se derive, de forma cierta, la existencia de una paranoia en su forma pura⁶². El comienzo del segundo período coincide con dos decisiones del mismo ponente, c. Felici de 6 abril 1954 y 12 julio 1955, que fallaron la nulidad del matrimonio contraído por un paranoico⁶³.

Pero si ciertamente el sujeto paranoico puede gozar de sus facultades intelectuales en perfectas condiciones y de su capacidad de juicio y raciocinio, mientras no se trate el tema objeto del delirio (argumento en que se apoyaban la Psiquiatría y la Jurisprudencia tradicionales), es evidente que su interpretación errónea y tergiversada de los hechos, sus continuas sospechas, su potencial agresividad, su poderoso egocentrismo, son signos patentes de un profundo deterioro de la personalidad.

Se aprecia comúnmente en este tipo de enfermos una radical incapacidad de aceptar al *otro* en su realidad y en su integridad, dado que a menudo recibe una imagen distorsionada de las personas que le rodean, ante la creencia de que le persiguen, le humillan o murmuran de él. El mismo trastorno le impide realizar una reflexión introspectiva sobre su propia persona, ni siquiera es consciente de la enfermedad que padece y del delirio que le invade, por lo que difícilmente podrá entregarse con autenticidad a su cónyuge.

En este sentido nos parecen enormemente reveladoras las palabras con

59 Codón-López Saiz, *Psiquiatría jurídica...*, 308; A. Fiori, 'Psicopatíe e psiconevrosi (considerazioni medico-legali e chiarimento del linguaggio usato)', *Perturbazioni psichicee e consenso matrimoniale nel Diritto canonico* (Roma 1976) 37.

60 Sentencias c. Jullien 16 diciembre 1936, SRRD vol. 28, dec. 81; c. Wynen 21 diciembre 1937, vol. 29, dec. 77; c. Jasanik 24 julio 1941, vol. 33, dec. 63; c. Felici 22 mayo 1956, ME 81 (1956) 264-67; etc.

61 Cf. A. Reina, 'Reseña sobre la paranoia en la Jurisprudencia rotal', *RJC* (1976) 908-9.

62 Son significativas de esta etapa las sentencias c. Prior 15 mayo 1915, SRRD vol. 7, dec. 20; c. Jullien 16 diciembre 1936, vol. 28, dec. 81; c. Wynen 21 diciembre 1937, vol. 29, dec. 77; etc.

63 SRRD vol. 56, dec. 62 y vol. 57, dec. 154, respectivamente. La doctrina que sentaron estas sentencias sería seguida posteriormente por otras. Así, por ejemplo, la sentencia c. Sabattani de 14 marzo 1959 estimaría que la paranoia impide la prestación de un válido consentimiento matrimonial por la interferencia que ejerce sobre el normal funcionamiento del intelecto y la voluntad (SRRD vol. 51, dec. 49).

que el doctor Montoya describe el síndrome paranoico⁶⁴. Según él, el paranoide es un sujeto que 'ejerce un trato descontroladamente cruel hacia la persona de su esposa, preferentemente en el aspecto emocional', si bien las sevicias suelen reservarse exclusivamente para la intimidad⁶⁵. En sus relaciones sociales, sin embargo, el paranoide se muestra sumamente cordial, especialmente con los varones pues 'respecto a las mujeres le cuesta un serio esfuerzo disimular el desprecio que les profesa', desprecio que se manifiesta también en el terreno sexual, mediante el rechazo precoz de toda relación con la esposa. 'El fondo dinámico de la personalidad paranoide en la fobia inconsciente a la homosexualidad y en el mismo plano el total rechazo de la mujer... Su agresión a toda mujer, y más si es propia, se basa fundamentalmente en que ella es capaz de dar algo que él está incapacitado para recibir, y en buena lógica deduce que si él no lo toma ella tendrá que intercambiarlo con otros que valgan más que él'. De ahí que se aprecie casi sistemáticamente en estos sujetos la existencia de un delirio de celos.

Por todo ello, y respondiendo concretamente al tema que aquí interesa, concluye Montoya: 'su capacidad para decidir la realización del matrimonio obviamente es plena, pero los fines que persigue nada tienen en común con los que constituyen el matrimonio *in fieri*'.

De la sintomatología descrita puede deducirse que en línea de principio, y salvando siempre la necesidad de estudiar cada caso, el paranoico es incapaz de establecer una verdadera relación interpersonal y, con mayor razón, la relación interconyugal que constituye el presupuesto inexcusable de la comunidad de vida y amor a la que tiende, como su propio objeto, el consentimiento matrimonial. Por ello estimamos que la paranoia puede impedir al sujeto contraer válido matrimonio por incapacitarle para asumir las obligaciones esenciales del mismo. En esta línea se ha orientado también la más reciente jurisprudencia rotal⁶⁶.

4. LA EPILEPSIA

a) Descripción del trastorno

La epilepsia es un 'estado de perturbación de la función cerebral caracterizado por un trastorno paroxístico recurrente periódico de la función mental con alteraciones concomitantes de la conducta o del pensamiento'⁶⁷.

64 B. Montoya Triviño, 'Anomalías psicológicas...', 197-99.

65 En opinión de este autor entre la totalidad de demandas de separación que apoyan su fundamento en la existencia de malos tratos un 50% de los casos son debidos al desarrollo paranoide de la personalidad del esposo.

66 Este enfoque, que había sido preconizado ya por la sentencia c. Anné 30 marzo 1971 (DE 83, 1972, 7-11), se aprecia claramente en las sentencias c. Serrano 5 abril 1973, Nulidad de matrimonio..., 19-45; c. De Jorio 9 mayo 1973, vol. 65, dec. 91; c. Panizo 28 febrero 1981, Nulidades de matrimonio..., 245-60; c. Urbez Castellano 3 julio 1985, REDC 43 (1986) 264. Vid. asimismo J. J. García Faílde, *Manual de Psiquiatría forense canónica*, 138.

67 A. M. Freedman - H. I. Kaplan - B. J. Sadock, *Compendio de Psiquiatría*, 324.

En su sentido etimológico el término epilepsia tiene su origen en el vocablo griego *epilambaneim*, que significa coger por sorpresa y hace referencia a uno de los rasgos más característicos de esta enfermedad consistente en la aparición brusca de una determinada sintomatología, cuya manifestación esencial es la caída repentina del tono y de la conciencia⁶⁸. Estas crisis o ataques presentan unos rasgos clínicos y eléctricos muy diversos dependiendo de la zona de donde parta la primera descarga de actividad neuronal. Asimismo su duración puede variar entre unos breves segundos (las típicas *ausencias*) y varios minutos, que llevan aparejada generalmente la pérdida profunda de la conciencia.

Los primeros síntomas del ataque constituyen el denominado *aura*, fenómeno que avisa al paciente del comienzo de la crisis y durante el cual pueden producirse trastornos de la conciencia que pueden impulsar al sujeto a realizar actos completamente involuntarios. Pero la sintomatología psíquica propia de la epilepsia se produce en general con relación al ataque o al final del mismo, en el *estado crepuscular*. Siguiendo a D. Barcia, podemos clasificar estos síntomas de la siguiente forma⁶⁹:

1) Síntomas psicosenoriales: se trata de un conjunto de síntomas que afectan a todas las áreas sensoriales y que se caracterizan por la presencia de alucinosis. El paciente suele tener una capacidad crítica adecuada pero en ocasiones puede realizar interpretaciones delirantes.

2) Síntomas afectivos: la tristeza, la angustia, la euforia y, con menor frecuencia la sensación de placer y felicidad suelen ser los síntomas más característicos.

3) Alteraciones de la memoria: son frecuentes las amnesias postcríticas, generalmente temporales, aunque también pueden darse amnesias e hiperamnesias.

4) Trastornos de la conciencia: los principales trastornos de este tipo son alucinaciones, cuadros de despersonalización y alteraciones del tiempo y del espacio.

5) Alteraciones del pensamiento: pueden apreciarse en el paciente epiléptico cuadros obsesivos que pueden presentarse con independencia del ataque convulsivo e incluso suelen empeorar al tiempo que mejoran las crisis epilépticas. Pueden darse también el fenómeno denominado *pensamiento forzado* (sensación imperiosa de pensar algo que el sujeto experimenta con independencia de su voluntad), ideas delirantes y alteraciones en el curso del pensamiento.

6) Alteraciones instintivas y modificaciones de la conducta: son posibles en este campo los trastornos de la sexualidad, alteraciones caracterizadas por la necesidad imperiosa de comer o beber, conductas suicidas, agresivas y violentas, etc.

68 H. Ey - P. Bernard - Ch. Brisset, *Tratado de Psiquiatría* (Barcelona 1978) 294.

69 'La epilepsia desde el punto de vista psiquiátrico', *Psiquiatría*, 1091-95.

7) Alteraciones de la actividad simbólica.

Todos estos síntomas suelen aparecer relacionados con las crisis convulsivas, pero pueden también darse con independencia de ellas.

En determinados casos, sobre todo cuando los ataques se suceden de forma repetida, la epilepsia puede dar lugar a un lento deterioro de la personalidad que terminará desembocando en una demenciación. En este estado el comportamiento del sujeto se hace impulsivo y su carácter violento y hasta peligroso ⁷⁰.

b) *Capacidad para contraer matrimonio válidamente*

Expuestos los rasgos más característicos que presenta la epilepsia creemos que en principio y con carácter general no hay razón para dudar de la capacidad de este tipo de enfermos para contraer matrimonio, exceptuados, claro está, los momentos de crisis o ataque en los que, salvo casos excepcionales, se produce una pérdida total de la conciencia. No obstante en tales accesos resulta difícil imaginar que el sujeto pueda contraer matrimonio pero si así fuera el consentimiento prestado sería nulo por carecer de los requisitos que exige el acto humano ⁷¹, siempre que llegara a probarse que en aquel momento el contrayente no era verdadero dueño de sus actos ⁷².

Transcurrido el acceso o crisis convulsiva el sujeto recupera, por lo general, la plenitud de sus facultades y por tanto la capacidad para emitir válido consentimiento matrimonial. Ahora bien, ya hemos visto que en determinados casos la enfermedad puede producir un deterioro progresivo en la personalidad del sujeto e incluso una verdadera demenciación. Es precisamente en estos casos extremos en los que puede quedar afectada la capacidad para la relación interpersonal y para el cumplimiento de las obligaciones esenciales del matrimonio ⁷³.

Siguiendo esta argumentación en una sentencia rotal c. Gil de las Heras de 1 junio 1984, en la que se falló la nulidad del matrimonio contraído por un enfermo epiléptico que había padecido crisis de *gran mal* tanto antes como después del matrimonio, por falta de capacidad para determinarse libremente y para cumplir los deberes esenciales del matrimonio, uno de los peritos que intervinieron en la causa declaraba:

'La capacidad para sostener relaciones inter e intrapersonales en el mundo matrimonial es claro que está disminuida y además es cambiante y en

70 Codón-López Saiz, *Psiquiatría jurídica...*, 343 ss.

71 Hay que señalar sin embargo que el ataque o acceso epiléptico no sólo comprende el ataque convulsivo en sí sino también las aureas o estados anteriores y los estados posteriores, durante los cuales el sujeto está privado de la plenitud de sus facultades mentales, que permanecen perturbadas. Así lo ha estimado también la Jurisprudencia rotal: sentencia c. Pinna 26 abril 1967, SRRD vol. 59, dec. 66, p. 282.

72 Sentencias c. Heard 8 enero 1938, SRRD vol. 30, dec. 2; c. Anné 29 marzo 1966, vol. 58, dec. 41; c. Filipiak 17 febrero 1968, vol. 60, dec. 36; c. Di Felice 12 noviembre 1970, vol. 62, dec. 243.

73 Sentencias c. Jullien 3 julio 1932, SRRD vol. 24, dec. 39; c. Anné 29 marzo 1966, vol. 58, dec. 41; c. Lefebvre 30 marzo 1968, vol. 60, dec. 74; c. Ferraro 7 octubre 1971, vol. 63, dec. 174.

ocasiones generadora de conflictos psíquicos en su familia, que crearían, y de hecho crearon, situaciones de tensión intrafamiliar con deformación del mundo real. La edad de D. C. en el momento del matrimonio, la personalidad descrita anteriormente, la deformación del concepto afectivo y de relación sexual hombre-mujer, así como la carga de autocastigo que se impone a sus propios trastornos, la ausencia de conciencia de la enfermedad, su clarividencia y mesianismo, podrían determinar no una incapacidad decisoria, pero sí una deformación objetal, direccional y del fin de la estructura matrimonial⁷⁴.

Y en la misma causa el doctor S. L. manifestó:

'Parece evidente la incapacidad de D. C. tanto para tomar una decisión trascendental como es la de emitir un consentimiento matrimonial, como establecer una convivencia sana con su esposa, tanto por las insuficiencias psiquiátricas derivadas de su epilepsia como por su irregular y perturbadora inmadurez afectiva'⁷⁵.

5. TRASTORNOS MENTALES ORGANICOS PROVOCADOS POR SUBSTANCIAS TOXICAS

1º) *Trastornos mentales orgánicos provocados por el alcohol*

a) *Descripción del trastorno*

El alcoholismo ocupa en nuestros días uno de los primeros puestos dentro del grupo de las toxicomanías, aunque no tanto por la gravedad de los trastornos que produce, que sin duda es superior en el caso de la utilización de drogas duras, como por su enorme difusión en todos los ambientes. Pero la frecuencia con que se presenta este trastorno no facilita en absoluto su conceptualización.

Las diversas definiciones de alcoholismo suelen destacar sus dos principales características:

- La pérdida de libertad individual frente a la bebida⁷⁶.
- Las alteraciones o trastornos somáticos, psíquicos o sociales que produce⁷⁷.

Todas ellas, sin embargo, con excepción de ciertas corrientes fundamentalmente psicodinámicas. que afirman que el alcoholismo es el síntoma más

74 RDP (1981) 1146.

75 Ibid., 1147.

76 En este sentido, según J. A. Vallejo Nágera, 'son alcohólicos aquellos bebedores incapaces de parar en las dosis inofensivas y sufren frecuentemente episodios de intoxicación aguda, de embriaguez': *Introducción a la Psiquiatría*, 321.

77 De acuerdo con la OMS 'son alcohólicos los que beben en exceso y cuya dependencia respecto del alcohol ha alcanzado un grado tal que determina la aparición de visibles perturbaciones mentales o cierta interferencia en la salud física o mental, en las relaciones interpersonales y en el adecuado funcionamiento social y económico; o los que muestran los signos prodrómicos de dichos fenómenos': Expert Committee of Mental Health Alcoholism Subcommittee, *Segundo Informe*, Serie n. 148 (agosto 1952).

ostensible de un trastorno mental subyacente⁷⁸, vienen considerando este fenómeno no sólo como un vicio, sino como una verdadera enfermedad⁷⁹.

Entre los efectos más importantes que la ingestión excesiva de alcohol produce en el sujeto cabe destacar los siguientes:

- Efectos de naturaleza psíquica: el alcoholismo actúa como un depresor del sistema nervioso central, como un auténtico sedante, de modo que, aunque parezca producir momentáneamente un efecto estimulante, en realidad actúa liberando los centros inhibidores, desarrollando en el sujeto un comportamiento más espontáneo e instintivo⁸⁰.
- Alteraciones fisiológicas: el alcohol afecta de manera negativa a numerosos órganos de nuestro cuerpo. Una excesiva ingestión de esta sustancia puede provocar trastornos somáticos importantes a nivel de estómago, intestino, corazón, páncreas y, fundamentalmente, puede causar graves alteraciones hepáticas.
- Efectos en la esfera interpersonal y social: el alcohólico es un sujeto conflictivo en todos los ámbitos posibles de su vida. Sus relaciones interpersonales tienden a ser rígidas, estereotipadas, asistiéndose frecuentemente a un profundo y progresivo deterioro de las mismas. Muestra generalmente sentimientos de indiferencia o invulnerabilidad, así como una gran hostilidad⁸¹. Puede producir también trastornos en la relación sexual pues suele afirmarse que el alcoholismo da lugar a una disociación entre el puro instinto sexual y el sentimiento amoroso, que se encuentra deteriorado⁸². Las fases de eyaculación y orgasmo sufren un retardo y en ocasiones puede producirse una verdadera impotencia transitoria⁸³.

En el ámbito laboral el alcoholismo da lugar a serios desajustes en la actividad del sujeto, que se manifiestan desde el absentismo y la inestabilidad hasta la incapacidad laboral, en casos extremos. En el terreno social este trastorno puede impulsar al individuo a realizar una conducta delictiva y antisocial⁸⁴.

Ahora bien, prescindiendo aquí de las numerosas clasificaciones existentes sobre los distintos tipos de alcoholismo⁸⁵ en Psiquiatría se utiliza este término

78 'La bebida no es una enfermedad, sino el síntoma que indica la enfermedad... La enfermedad de vivir empezó mucho antes que la de beber': Piqueras, *Informe sobre el alcoholismo* (Oviedo 1973) 37.

79 E. Bogani Miguel, *El alcoholismo, enfermedad social* (Barcelona 1976); R. Velasco Fernández, *Esta enfermedad llamada alcoholismo* (Mexico 1982); R. Torres, *El flagelo del alcoholismo. La trampa mortal* (1982); G. F. Poch - H. Rubio, *Alcoholismo* (Buenos Aires 1979).

80 L. Martínez Sistach, 'El alcoholismo como causa de nulidad de matrimonio y separación conyugal', *Curso de Derecho...* 2 (1977) 315-6.

81 A. M. Freedman - H. I. Kaplan - B. J. Sadock, *Compendio de Psiquiatría*, 430.

82 F. Alonso Fernández, *Alcohol-dependencia* (Madrid 1981) 114.

83 U. Tramma, *Alcool, droga e consenco matrimoniale* (Neapoli 1979) 65.

84 S. Panizo, *Alcoholismo, droga y matrimonio* (Salamanca 1984) 48.

85 Sobre las diversas clasificaciones cf. A. Grau, 'Alcoholismo', *Introducción a la Psicopatología y Psiquiatría*, 759; J. Santo - Domingo Carrasco, 'Alcoholismo', *Psiquiatría*, 1154; DSM-III, 139-48.

para designar dos especies o categorías diferentes: el alcoholismo agudo o intoxicación alcohólica (denominada vulgarmente embriaguez) y el alcoholismo crónico. En uno y otro caso los trastornos psicopatológicos son distintos: en el primero, éstos son debidos a la intoxicación inmediata; en el segundo son expresión de las repercusiones que una ingestión continuada de alcohol produce en el sujeto.

De este modo puede afirmarse que no toda persona que se encuentra bajo los efectos del alcohol es un alcohólico crónico ni todo alcohólico crónico está embriagado en un momento determinado. La diferencia fundamental entre ambos fenómenos radica en que, mientras en la intoxicación alcohólica los síntomas tóxicos desaparecen al ser eliminado el alcohol del organismo, en el alcoholismo crónico quedan importantes secuelas, aún después de la eliminación del alcohol⁸⁶.

El síndrome de intoxicación alcohólica o embriaguez comprende las siguientes fases⁸⁷.

- Intoxicación leve: se caracteriza por la excitación intelectual y motriz, por la sensación de euforia y optimismo, la disminución del dominio de sí mismo y de la vigilancia, la anormal locuacidad e irritabilidad agresiva.
- Intoxicación de mediana intensidad: la capacidad crítica está disminuida o es nula, las perturbaciones motrices son evidentes, los trastornos del humor y de la afectividad son más acusados, aparecen trastornos neurológicos y sensoriales.
- Intoxicación grave: esta evolución termina con el coma⁸⁸.

El alcoholismo crónico, por su parte, sigue siempre un proceso evolutivo en el que cabe diferenciar estas etapas:

- Fase sintomática o prealcohólica: comprende el período desde que el sujeto comienza a beber hasta que empieza a sentir que necesita imperiosamente el alcohol.
- Fase prodrómica, de alarma o adicción: la conducta en esta fase se mantiene aún dentro de los límites de corrección social, pero se presentan ya episodios psicopatológicos con períodos de amnesia y pérdida de control.
- Fase crucial o de estado: el enfermo pierde el control, interpreta mal todo lo que acontece, se considera víctima de todo, culpabiliza a los demás, se produce un aislamiento progresivo debido a su incapacidad

86 S. Panizo, *Alcoholismo...*, 68; L. Martínez Sistach, 'El alcoholismo como causa de nulidad...', 319.

87 H. Ey - P. Bernard - CH. Brisset, *Tratado de Psiquiatría*, 718-19; J. A. Vallejo Nágera, *Introducción a la Psiquiatría*, 326.

88 A estas tres fases conviene añadir un estado previo, denominado *infraclínico*, en que el grado de alcoholemia es inferior a 0,80 g/l aproximadamente. En esta fase no existe aún una sintomatología clínica evidente, sin embargo, en la ejecución de determinadas pruebas psicométricas se detecta que la mayor parte de los sujetos no poseen la totalidad de sus capacidades.

para mantener relaciones interpersonales, se hace completamente egocéntrico. Los conflictos conyugales, la celotipia y la disminución del impulso sexual son frecuentes. La personalidad del sujeto sufre un deterioro a nivel intelectual, ético y social⁸⁹.

- Fase de alcoholismo crónico: la personalidad del enfermo se encuentra ya completamente deteriorada. Se produce un progresivo embotamiento del sentido moral con pérdida del sentimiento de dignidad, decoro y responsabilidad e incapacidad para distinguir el bien del mal. Se debilitan las facultades intelectuales, la capacidad crítica y la voluntad. Las relaciones interpersonales se hacen imposibles⁹⁰.

b) *Capacidad para contraer matrimonio válidamente*

En el estudio de la capacidad del alcohólico para contraer matrimonio es preciso distinguir si éste se encontraba en aquel momento en estado de embriaguez o de alcoholismo crónico:

— Es evidente que el consentimiento prestado en estado de embriaguez no puede ser considerado un verdadero acto humano. Aunque la tolerancia del alcoholismo varía enormemente de unas personas a otras y sus efectos pueden diferir considerablemente en los distintos casos la intoxicación alcohólica produce generalmente un embotamiento de las facultades psíquicas del sujeto, privándole de toda capacidad de juicio y raciocinio, así como de sus facultades intelectual y volitiva, hasta la pérdida, en ocasiones, de la conciencia. En tales circunstancias el sujeto está privado de la debida discreción de juicio e incluso, en no pocos casos, del uso de razón necesarios para prestar el consentimiento, por lo que el matrimonio contraído en tal estado puede ser nulo por la vía del can. 1095 §§ 1 o 2.

Así lo ha reconocido también la Jurisprudencia rotal, que ya desde antiguo ha considerado que toda ebriedad priva al sujeto afectado de la capacidad necesaria para contraer válido matrimonio⁹¹.

— Respecto a los supuestos de alcoholismo crónico la Jurisprudencia ha considerado en diversas ocasiones que el matrimonio contraído en tal estado es nulo, por estimar que el sujeto carece de la debida discreción de juicio⁹².

Pero este trastorno no sólo ataca a las facultades superiores del hombre sino que va dejando progresivamente una serie de secuelas en su personalidad que van deteriorándola profundamente. La relación interpersonal llega

89 S. Panizo, *Alcohol...*, 74.

90 A. Cuschieri, 'Morbus mentis in iure matrimoniali canonico', REDC 24 (1968) 134-35; L. Martínez Sistach, 'El alcoholismo como causa de nulidad...', 324.

91 Sentencias c. Mannucci 28 enero 1929, SRRD vol. 21, dec. 7, n. 2; c. Parrillo 10 mayo 1930, vol. 22, dec. 22, n. 4; c. Jullien 11 diciembre 1937, vol. 29, dec. 74, n. 2; c. Teodori 23 junio 1938, vol. 30, dec. 39, n. 6; c. Filipiak 3 mayo 1957, vol. 49, dec. 89, n. 2; c. Mattioli 20 diciembre 1962, vol. 54, dec. 128, n. 2.

92 Sentencias c. Sabattani 24 febrero 1961, SRRD vol. 53, dec. 29; c. Filipiak 24 enero 1964, vol. 56, dec. 8; c. Rogers 22 febrero 1965, vol. 57, dec. 37.

a hacerse imposible y el paciente pierde todo el sentido de la responsabilidad, del trabajo, de la entrega. Ante esta progresiva degradación del ser humano entendemos que el alcoholismo crónico puede incapacitar a la persona para instaurar la comunidad de vida y amor que implica la vida conyugal y por tanto para asumir y cumplir las obligaciones esenciales del matrimonio⁹³.

Precisamente en esta misma línea se ha pronunciado una sentencia del Tribunal de la Rota española, c. Gil de las Heras, de 13 diciembre 1983. En esta causa uno de los peritos informaba que el contrayente 'no era capaz de vinculación estable para toda la vida según exige el compromiso matrimonial... Estableció una relación de dependencia patológica del alcohol... No tenía capacidad para establecer, aceptar ni llevar a cabo las relaciones sanas que convienen a la comunidad amorosa del matrimonio'⁹⁴. Por esta razón, estimando que no había llegado a existir una auténtica comunión de vida, debido a la incapacidad del afectado por el alcoholismo crónico para cumplir las exigencias que tal comunidad exige, el ponente declaró la nulidad del matrimonio contraído.

2º) *Trastornos mentales orgánicos provocados por drogas.* *Las toxicomanías*

a) *Descripción del trastorno*

Bajo esta denominación se comprende una serie de trastornos que son provocados por el efecto que el consumo de determinadas sustancias produce sobre el sistema nervioso central. La OMS ha definido las toxicomanías como 'un estado de intoxicación periódica o crónica, perjudicial para el individuo o la sociedad, engendrado por el consumo repetido de una droga natural o sintética que provoca primero un estado de euforia y después crea un estado de necesidad imperiosa'⁹⁵.

La administración reiterada de la droga produce en el individuo un conjunto de efectos negativos que afectan a todos los sectores posibles de la personalidad y provocan graves y serias consecuencias de tipo somático, psíquico, moral, conductual, que inciden profundamente en las estructuras más íntimas del ser humano hasta llevarle, en ocasiones, a la muerte.

Pero de modo similar al alcoholismo es preciso diferenciar los efectos que se producen inmediatamente después de la administración de la droga, como consecuencia del consumo aislado de ésta (toxicomanía aguda) de aquellos que se aprecian tras el consumo prolongado y repetido de la sustancia tóxica (toxicomanía crónica)⁹⁶.

— Las toxicomanías agudas se caracterizan por la alteración transitoria de las facultades intelectuales y volitivas y la obnubilación de la conciencia.

93 En el mismo sentido cf. L. Gutierrez Martín, *La incapacidad para contraer matrimonio*, 123; J. J. García Faílde, *Manual de Psiquiatría forense canónica*, 270 y 282.

94 *Colectanea...* 20 (1984) 39.

95 L. Moor, *Glosario de términos psiquiátricos* (Barcelona 1969) 198-9.

96 Cf. S. Panizo, *Alcoholismo...*, 190 ss.

Pueden presentarse también cuadros confuso-oníricos, alteraciones en la percepción del yo y de la realidad, síndromes alucinatorios y afectivos, reacciones de angustia, etc.

— Las toxicomanías crónicas constituyen un proceso evolutivo en el que se asiste a un progresivo deterioro del ser humano hasta llegar a la psicosis y a la demencia verdadera. Dan lugar a una perturbación estable y permanente del psiquismo y a un progresivo deterioro intelectual, aunque la lucidez mental y el juicio se mantienen en general intactos durante bastante tiempo y sólo tardíamente se produce la afectación intelectual. No obstante, al menos en los primeros estadios de la intoxicación se aprecia una polarización del intelecto hacia la droga. La voluntad del toxicómano se debilita y muestra dificultades cada vez mayores de ejercer un control voluntario sobre la actividad mental.

Son importantes asimismo los trastornos que se producen en la personalidad del sujeto, que empieza a carecer de sentimientos éticos hasta llegar a perder todo concepto de la dignidad, del pudor, de la honestidad. Todo ello, obviamente repercute negativamente en sus relaciones interpersonales afectivas y familiares⁹⁷.

En el terreno sexual se produce una debilitación de la libido, una disminución de la capacidad para el coito y una creciente pasividad hacia el sexo opuesto que puede dar lugar en algunos supuestos a homosexualidad, impotencia⁹⁸ o incluso esterilidad.

No obstante esta descripción general, los efectos que cada tipo de droga produce pueden ser muy diversos entre sí. Apuntaremos aquí brevemente los principales efectos de naturaleza psíquica que se aprecian en el consumo de las drogas más cualificadas.

1) Toxicomanías producidas por los derivados del opio:

— Morfinismo o morfinomanía.

En sus primeras aplicaciones la morfina produce una sensación de euforia placentera junto con la disminución o la separación de la ansiedad y el dolor. A esta fase de euforia sucede un período de apatía, las funciones sexuales se deprimen y comienzan a presentarse los síntomas de abstinencia. El morfinómano crónico abandona progresivamente su actividad normal y su interés se centra cada vez más en la adquisición de la droga. Esta evolución termina con un estado de depravación que le lleva a la ruina moral, profesional, familiar y económica. No se produce, sin embargo, un deterioro intenso de las facultades intelectuales, ni siquiera tras varios años de toxicomanía, pero tales funciones se centran casi exclusivamente en la forma de proporcionarse la droga⁹⁹.

97 P. A. D'Avack, *Cause di nullità e di divorzio nel Diritto matrimoniale canonico* 1 (Firenze 1952) 239.

98 S. Panizo, 'Las impotencias psíquicas y el matrimonio en Derecho canónico', *RJC* (1983) 761-62.

99 J. A. Vallejo Nágera, *Introducción a la Psiquiatría*, 310.

— Heroinomanía.

Dentro del grupo de los opiáceos la heroína constituye la toxicomanía de mayor importancia en la actualidad. La heroína es una sustancia que produce adicción con bastante rapidez. Su administración provoca un estado placentero con supresión del dolor y la ansiedad mediante la inmersión regresiva del sujeto en un estado nirvánico¹⁰⁰. Como el resto de los opiáceos puede producir una serie de efectos sobre la conducta del sujeto, así como un deterioro de la capacidad de juicio que tendrá repercusiones sobre la actividad laboral y social, exhibiendo una conducta desadaptada y una incapacidad para hacer frente a las responsabilidades¹⁰¹.

2) Cocainismo.

Es una toxicomanía producida como consecuencia de la aspiración nasal (*snifado*) o la administración intravenosa de las hojas de un alcaloide de la coca (*erythroxylon coca*) que se denomina cocaína.

La intoxicación por cocaína provoca en el sujeto una sensación de bienestar con aumento de la conciencia y receptividad de los estímulos. Puede existir también agitación psicomotriz, euforia, grandiosidad, inquietud deambulatoria y verborrea. Cuando se administran dosis muy elevadas y se sobrepasa el efecto estimulante pueden producirse psicosis tóxicas con alucinaciones visuales y táctiles, junto a un delirio paranoide y un cierto estado confusional o de ligera somnolencia¹⁰².

El progresivo deterioro psíquico que tiene lugar en esta toxicomanía se manifiesta a través de la pérdida del poder crítico, el bloqueo de la voluntad y la profunda alteración del carácter¹⁰³.

3) Toxicomanías producidas por aminas estimulantes (anfetaminas y simpaticomiméticos de acción similar).

La intoxicación producida por el consumo de estas sustancias da lugar a un cuadro clínico prácticamente idéntico al de la intoxicación debida a la administración de cocaína, con insomnio, euforia, excitación, anorexia, estimulación sexual, en ocasiones irritabilidad y, tras la administración de dosis elevadas, puede desencadenarse una psicosis anfetamínica con delirios paranoides y alucinaciones que, a diferencia del cocainismo en que éstas son transitorias, pueden continuar más allá del tiempo de efecto de la sustancia¹⁰⁴. En casos excepcionales esta intoxicación puede degenerar en un *delirium* y por tanto en un estado de obnubilación de la conciencia.

4) Toxicomanías producidas por hipnóticos (barbitúricos y sedantes).

Estas toxicomanías dan lugar a un estado de confusión mental, desorganización intelectual, disforia, agresividad, trastornos de coordinación e impresión

100 C. Ruiz Ogara, 'Toxicomanías', *Psiquiatría*, 1184.

101 DSM-III, 151.

102 C. Ruiz Ogara, 'Toxicomanías', 1185.

103 U. Tramma, *Alcool, droga...*, 73.

104 DSM-III, 156; C. Ruiz Ogara, 'Toxicomanías', 1186.

general de embriaguez. En ocasiones pueden producirse estados alucinatorios delirantes con obnubilación. Una intoxicación grave puede provocar el coma e incluso la muerte.

La intoxicación crónica de estas sustancias origina un cuadro de apatía y irritabilidad. En enfermo abandona sus deberes, permanece en la cama y muestra intolerancia ante cualquier estímulo desagradable y progresivo torpor mental que puede hacerse irreversible¹⁰⁵.

5) Toxicomanías producidas por alucinógenos.

Entre los efectos que produce la utilización de estas sustancias cabe señalar los trastornos neurovegetativos del esquema corporal, alteraciones de la percepción, despersonalización, representaciones mentales vivas, cambiantes y a veces coloreadas, cambios afectivos, etc. En ocasiones los efectos psíquicos se convierten en persistentes¹⁰⁶. Asimismo se han descrito en estas toxicomanías fenómenos de *flashback* caracterizados por la repetición del episodio motivado por la ingestión, sobre todo de LSD, después de un tiempo, sin necesidad de una nueva toma.

6) Toxicomanías producidas por los derivados del cannabis o cáñamo común (grifa, marihuana, haschich, kif).

Los efectos psíquicos producidos por el consumo de estas drogas suelen ser moderados. La fase de intoxicación aguda se caracteriza por un período de euforia, con sensación de bienestar y tendencia a la hilaridad. A esta fase sucede otra en la que pueden surgir fantasías que se convierten en alucinaciones, alteraciones en la percepción del tiempo y del espacio, variaciones del estado de ánimo, etc.¹⁰⁷. A largo plazo el consumo habitual de estas drogas puede producir cuadros psicóticos y deficitarios caracterizados por apatía, desinterés y pasividad.

b) *Capacidad para contraer matrimonio válidamente*

Si es cierto que la toxicomanía constituye un auténtico problema humano y social que en nuestros días ha alcanzado cotas, por su difusión y gravedad, verdaderamente trágicas, ha sido precisamente en las esferas familiar y matrimonial donde esta problemática ha incidido de forma más relevante¹⁰⁸. En efecto, la realidad nos muestra que no son pocos los fracasos matrimoniales que encuentran su origen en la existencia de una toxicomanía de la que uno de los cónyuges era ya víctima con anterioridad al matrimonio.

105 J. A. Vallejo Nágera, *Introducción a la Psiquiatría*, 312.

106 A. Grau, 'Otras toxicomanías', *Introducción a la Psicopatología y Psiquiatría*, 779.

107 Ibid., 780; J. A. Vallejo Nágera, *Introducción a la Psiquiatría*, 315.

108 De acuerdo con el Grupo de Orientación de la Brigada de Estupefacientes de España puede afirmarse de modo general que los individuos afectados por un consumo intenso de drogas tienen frecuentes problemas con su pareja debido a la inestabilidad de su vida, al egoísmo que desarrollan, al deterioro de sus relaciones sexuales, etc. Cf. J. Marías y otros, *La droga en la juventud* (Madrid 1981) 66.

Sin pretender entrar aquí en el análisis de los efectos que cada tipo de droga produce nos limitaremos a extraer una serie de conclusiones al respecto, remitiendo al juez el estudio pormenorizado que en cada caso debe hacer de la gravedad de la toxicomanía, del grado de dependencia que ha desarrollado, de su incidencia en la personalidad del sujeto, etc., con el auxilio de peritos designados al efecto.

Por lo que se refiere a la toxicomanía aguda la capacidad para contraer matrimonio en tal estado puede quedar disminuida por carencia de suficiente discreción de juicio acerca de los derechos y deberes que mutuamente se han de dar y aceptar los cónyuges, ya que este trastorno produce una alteración de la facultad intelectual y fundamentalmente de la voluntad, que queda en buena parte bloqueada, y afecta negativamente a la capacidad de juicio y a la facultad crítica del sujeto.

Esta falta de capacidad se aprecia más claramente en aquellos estados más graves que cursan con obnubilación de la conciencia y síndrome alucinatorio, en los que puede faltar el uso de razón necesario para consentir.

En este sentido encontramos numerosas decisiones rotales en las que el Tribunal ha considerado que el toxicómano es incapaz de prestar un válido consentimiento matrimonial¹⁰⁹ mientras se encuentre bajo los efectos de la droga, bien por privarle del uso de razón¹¹⁰, bien por impedirle apreciar la realidad con suficiente discreción de juicio¹¹¹.

Y si en el toxicómano que se encuentra bajo los efectos de la administración inmediata de la droga puede faltar la discreción de juicio y el uso de razón, a *fortiori* quedará afectada esta capacidad en el toxicómano crónico, en el cual la perturbación de las facultades psíquicas se hace estable y permanente, tras un progresivo deterioro intelectual.

Pero la toxicomanía crónica no sólo afecta a las facultades superiores del sujeto, ataca también a la capacidad afectiva del ser humano, que impulsado por la idea obsesiva de proporcionarse la droga, queda envuelto en un mundo autístico, replegado sobre sí mismo, con un egoísmo exacerbado. Se produce así una regresión que puede incluso llegar a la demencia afectiva¹¹².

Ante esta carencia afectiva el toxicómano es incapaz de una auténtica *traditio et acceptatio*¹¹³. Su imposibilidad de entregarse sinceramente a su cónyuge y de aceptarlo y respetarlo deriva a menudo de su incapacidad de amar. Para el drogadicto crónico 'el cónyuge oscila entre ser un instrumento para sus necesidades compulsivas y un nadie en todo lo demás, porque su *ego* absolutamente imperioso aniquila realmente al *otro*. De este modo, la relación

109 Decreto c. García Faílde 14 julio 1977, *Algunas sentencias y decretos...*, 156.

110 C. Jullien 23 febrero 1935, SRRD vol. 27, dec. 10, n. 5, p. 78; c. Pompedda 16 diciembre 1970, vol. 62, dec. 246, n. 4, p. 1174.

111 C. Di Felice 9 junio 1975, SRRD vol. 65, dec. 110, n. 3, p. 487.

112 S. Panizo, *Alcoholismo...*, 201, A. Ciampolini, *I matrimoni nulli...*, 96.

113 G. Barberini, 'Sull'applicabilità del can. 1095 CIC al tossicodependente', DE 96 (1985) 159 y 166.

conyugal, que debe ser dilectiva y dilectante, se convierte en objetiva y objetivadora'¹¹⁴.

También sufren deterioro, en este cuadro general de pobreza afectiva, las relaciones sexuales del toxicómano, pues éste puede llegar a perder todo sentido del pudor y de la honestidad y actuar de manera instintiva y agresiva. En los casos más graves, como ya vimos más arriba, pueden producirse situaciones de impotencia, de esterilidad o desviaciones hacia relaciones homosexuales.

De este conjunto de efectos se deduce la existencia de un profundo deterioro de la integridad personal del enfermo toxicómano y una incapacidad para asumir las obligaciones esenciales del matrimonio¹¹⁵, por lo que en principio, y con carácter general, puede afirmarse que la toxicomanía crónica puede incapacitar al sujeto para contraer matrimonio válidamente.

IV.—CONCLUSIONES

1.^a Los trastornos psicóticos pueden afectar seriamente a la capacidad del sujeto para contraer válido matrimonio en aquellos supuestos que presenten una gravedad o severidad considerable, dadas las características esenciales que definen a estos trastornos y los efectos que pueden producir en las facultades psíquicas y/o en la personalidad global del sujeto.

2.^a La Jurisprudencia tradicional venía centrando su atención en la incidencia de estos trastornos en las requeridas facultades volitiva, intelectual y deliberativa, y por ende en la mayoría de las causas los términos del dubio se fijaban en orden a la existencia o no de falta de uso de razón o de la requerida discreción de juicio para prestar un consentimiento naturalmente válido.

Puede existir ciertamente una incapacidad para consentir por alguno de estos dos capítulos en supuestos de psicosis agudas como alcoholismo y toxicomanías agudas, en casos de esquizofrenia en pleno brote psicótico y en las crisis o ataques epilépticos. Pero sobre todo a raíz de la promulgación del nuevo CIC no cabe duda de que muchos de estos trastornos tienen plena cabida en el § 3º del can. 1095, como *causas naturae y psychicae* que pueden incapacitar al sujeto afectado para realizar el objeto del consentimiento matrimonial. Tal puede ser el caso de la paranoia, las psicosis afectivas, la esquizofrenia, la epilepsia que presente una especial severidad y haya producido un profundo deterioro en la personalidad del sujeto, y las toxicomanías y el alcoholismo crónicos.

114 S. Panizo, *Alcoholismo...*, 206.

115 Sentencias c. García Falde 9 junio 1979, *Algunas sentencias y decretos...*, 159; c. Colagiovanni 9 mayo 1984, ME 109 (1984) 327-34.

3.^a Más allá de estas apreciaciones de carácter general no es posible ni lícito extraer conclusiones definitivas que determinen *a priori* qué anomalías incapacitan a la persona para contraer válido matrimonio y cuáles no producen en ningún caso tal incapacidad. Es imprescindible analizar en cada caso los efectos que el trastorno ha producido en la persona y el matrimonio concretos *in casu* para determinar si el consentimiento matrimonial prestado fue o no válido.

4.^a En la aplicación del can. 1095 los jueces y abogados deben proceder con suma y especial cautela y no olvidar que, si bien es conveniente y necesaria la colaboración entre la Psicología, la Psiquiatría y el Derecho en orden a la búsqueda de la verdad, las aportaciones y valoraciones realizadas por estas ciencias no pueden ofrecer una visión verdaderamente integral de la persona.

LOURDES RUANO ESPINA
Universidad de Salamanca