

REFLEXIONES CRÍTICAS ACERCA DE LA TRANSPOSICIÓN DEL MODELO MÉDICO A LA PSICOLOGÍA : SU REPERCUSIÓN SOBRE LOS PERITAJES MÉDICO-LEGALES EN PSIQUIATRÍA JURÍDICA

ESTEVE FREIXA i BAQUÉ

Uno de los puntos cruciales de todos los sistemas jurídicos vigentes es el de la determinación del grado de responsabilidad, de lucidez, de un acusado. Según el grado de responsabilidad que se le atribuya, el sujeto saldrá absuelto, irá a un hospital psiquiátrico, a la cárcel por un cierto tiempo (o para toda su vida) o, en un cierto número de países todavía, será ejecutado.

Dicho problema, a la vista de sus consecuencias, merece una atención especial, pues decidir que alguien puede ser legalmente privado de la vida conlleva, y perdón por el juego de palabras, una enorme responsabilidad.

Nuestro propósito es pues examinar con cierto detalle los criterios usados por los expertos psiquiátricos al establecer los informes sobre la "salud mental" del acusado, y sobre todo, poner en evidencia los presupuestos ideológicos sobre los que reposan dichos criterios.

En primer lugar, quisiéramos discutir la figura del experto-psiquiatra. ¿Por qué se pide precisamente a un psiquiatra, es decir, a un médico, el cumplimiento de dicha función?

La respuesta tradicional parece obvia: porque se trata de saber si un sujeto está loco (enfermo) o no. (En realidad, el grado de responsabilidad de un acusado se establece en relación inversa a su grado de locura.)

En la medida en que la "enfermedad mental" tenga una causa orgánica, no hay duda de que el médico es la persona indicada para diagnosticar. Pero en este caso, dicha enfermedad no tiene nada de "mental", evidentemente. Un tumor cerebral o una epilepsia no son más "mentales" que una flebitis o una úlcera de estómago por el simple hecho de localizarse en el encéfalo.

Nos parece en consecuencia sensato que aquella persona que comete un acto delictivo bajo la influencia de un foco epiléptico perfectamente localizable, por ejemplo, sea declarada no-responsable, pues existe una causa anatomo-fisiológica concreta que puede explicar su conducta. Estos casos son pues relativamente fáciles.

Pero, generalmente, el experto psiquiátrico debe pronunciarse sobre la "enfermedad mental" en el sentido no-orgánico del término (hasta que no se demuestre lo contrario).

Si no estuviésemos tan imbuidos del esquema que este trabajo pretende poner en evidencia y criticar, nos preguntaríamos en seguida en qué puede basarse un experto en su diagnóstico si no existen otras pruebas de la pretendida "enfermedad mental" más que la conducta del sujeto, es decir, si no se puede identificar lesiones orgánicas, infecciones, virus, síntesis defectuosas de las aminas cerebrales, etc., para explicar un tipo de conducta anormal y sólo se puede observar dicho tipo de conducta. ¿Dónde está en tal caso la enfermedad?

Suponemos que hoy en día nadie se quedará satisfecho con la afirmación de que la enfermedad está en "la mente", que es la manera más fácil e inoperante de zanjar la cuestión.

Es pues necesario concluir que la "enfermedad" no es otra cosa que la conducta anormal observada.

Lo que existe es una conducta que podemos observar y cuantificar, y el hecho de que sea anormal (con respecto a una norma, claro está) no justifica en absoluto la utilización del modelo médico como lo demuestra Dorna (1977) en un interesante trabajo al que nos referiremos repetidamente en este artículo.

Así pues, como Dorna (1977) lo subraya, no sólo las "enfermedades mentales" no tienen nada de mental (tesis defendida por Watson, 1956), sino que tampoco presentan las características de enfermedad, como lo señala Szasz (1960).

Si el problema se reduce a conducta, no es hacia la medicina donde debemos dirigirnos, sino hacia la ciencia que estudia la conducta, es decir, hacia la psicología¹.

¹Bayés (1977a) señala el carácter erróneo de dicho término, pues su significación literal es: estudio de la psique. Hemos visto que lo estudiado no es ni la "psique" ni la "mente" sino la conducta, por lo que deberíamos abandonar esta expresión y sustituirla por la de "Análisis Experimental del

En consecuencia, no nos parece justificada la presencia del psiquiatra en el campo de la criminología, a no ser que se considere un técnico en comportamiento. En tal caso, no necesita para nada ser médico ni llamarse psiquiatra, sino sencillamente, analista experimental de la conducta, es decir, ser un psicólogo especializado. En efecto, como lo señala Eysenck (1975) -citado por Bayés, 1977b-, los trastornos del comportamiento se adaptan mejor a un modelo educativo, según el cual, para solucionarlos se requiere reeducación, que a un modelo médico, que supone la aplicación de un tratamiento medical (ver al respecto, Bayés, 1978).

El problema proviene del hecho de que la psiquiatría y el modelo médico aplicado a la conducta nacieron antes que el análisis experimental de la conducta (de la misma manera que los curanderos aparecieron con anterioridad a los fisiólogos, anatomistas, etc.), y ello por una razón muy sencilla: porque existieron individuos con conductas anormales o con ataques de corazón mucho antes de que la humanidad poseyera el conocimiento científico de las causas de dichos fenómenos.

Lo que lamentamos profundamente es que, a la vista de tales hechos, no se planificara los esfuerzos según un esquema en tres etapas: a) observar el fenómeno que se pretende modificar; b) estudiar sus verdaderas causas; c) a la luz de dicho saber, actuar sobre el fenómeno.

En lugar de ello, se estableció un corto-circuito (motivado por la urgencia de socorrer a los individuos concretos, sin duda) entre la primera etapa y la tercera, con el handicap evidente de que, al saltarse la segunda, no se podía actuar "a la luz del saber científico".

Faltos de una explicación científica que justificara los exorcismos como remedio para un individuo que tiembla a más no poder de fiebre, por ejemplo, los hombres generaron una explicación mítica (el individuo está poseído por el diablo y hay que hacerle salir del cuerpo), totalmente idealista (en el sentido filosófico del término), y contra la cual -o contra sus versiones más refinadas- la ciencia tuvo que sostener un acalorado combate a medida que avanzaba en el conocimiento de las verdaderas causas de los fenómenos.

Si en medicina dicho combate no terminó prácticamente hasta finales del siglo pasado (*cf.* Claude Bernard, 1865), en psicología, ciencia jovencísima en comparación con la fisiología, estamos todavía al principio de la lucha.

En efecto, la cultura de nuestra civilización, que ya ha integrado la concepción científica del mundo que le rodea en su bagaje, sigue impregnada de las explicaciones míticas del comportamiento.

Así, preferimos pensar que un sujeto actúa movido por sus tendencias, sus estados de ánimo, su complejo de Edipo, o, sencillamente, porque "es así", porque "lo lleva en la sangre", que modificar nuestra concepción a la luz de los hallazgos del Análisis Experimental de la Conducta.

Es probable que, para la vida diaria de la mayoría de nosotros, no tenga una transcendencia fundamental seguir hablando en términos metafóricos, como cuando decimos: "te quiero con todo mi corazón", "el sol se pone temprano en esta época del año" o "pega a su mujer todos los días sin motivo porque es un sádico"; pero sería imperdonable que un fisiólogo creyera que el amor reside en el corazón, un astrónomo que el sol gira alrededor de la tierra, y un psicólogo, psiquiatra o jurista que el sadismo es la causa del comportamiento de pegar diariamente a su esposa sin motivo. Porque tal razonamiento, como Bayés (1975) indicaba ya en esta misma revista, es una simple tautología.

En efecto, el modelo médico es adecuado a las enfermedades orgánicas porque comporta: a) la observación de unos síntomas (la conducta de toser, por ejemplo); b) la detección de unas causas físicas (el bacilo de Koch, por ejemplo)

En consecuencia, nada se opone a que afirmemos: tose **porque** es un tuberculoso.

En cambio, el modelo médico aplicado a la conducta presenta el siguiente esquema: a) unos "síntomas" (la conducta sádica, por ejemplo); b) una "causa" (el "sadismo").

En tal caso, y **por analogía**, se afirma: actúa sádicamente **porque** es un sádico.

Pero en esta ocasión, la "causa" ha sido **inferida** a partir de la conducta, y no existe ninguna otra prueba **objetiva e independiente** de la existencia de dicha causa más que la conducta en cuestión. Es por ello que afirmamos que la aplicación del modelo médico a la conducta desemboca en una pura tautología, a la que, por desgracia, parecemos habernos acostumbrado. En efecto, el bacilo de Koch tiene una existencia física, material, que podemos verificar **independientemente** de que un sujeto tenga accesos de tos o no (podemos realizar cultivos de dicho bacilo en probeta, por ejemplo); pero la

Conducta". Si en este trabajo seguimos utilizando el término psicología, es por el peso de la tradición, pero quede claro que lo empleamos como sinónimo de Análisis Experimental de la Conducta y no en su acepción pre-científica.

existencia del "sadismo" no puede ser puesta en evidencia sin conducta (manifiesta u oculta) sádica. Ésta es la diferencia.

Si respondemos a un hijo que nos pregunta por qué el carbón es negro diciéndole que porque posee la negrura, que las piedras caen porque tienen la propiedad de caer o que los hombres mueren porque son mortales, no hemos explicado nada.

En realidad, decir que el ser humano es mortal es la **consecuencia** de la observación de la muerte de todos los individuos, pero en modo alguno puede ser su **causa**.

De la misma manera, decir que una persona es sádica es el resultado de la observación de actos de sadismo, pero no su causa. ¿Cómo podemos afirmar que alguien es sádico si no se comporta (aunque sólo sea con conducta verbal oculta -llamada normalmente: pensamiento-) de forma sádica?

Así pues, la pretendida enfermedad no es otra cosa que la conducta anormal observada, y la conducta en cuestión no es el síntoma de una entidad "x" que sería su causa, según la analogía médica².

Skinner (1974) describe claramente el razonamiento tautológico en el ejemplo siguiente: una persona anda sobre el hielo con una pauta de conducta determinada (que hemos convenido en llamar prudente) porque: a) en el pasado no actuó así y se cayó (condicionamiento directo); b) le han advertido que de no hacerlo así puede caerse (condicionamiento por vía verbal); c) su conocimiento de las propiedades del hielo, de las leyes del equilibrio, del rozamiento, de la presión, etc. le informa que sin este tipo de conducta probablemente se caerá (condicionamiento por vía de "formación intelectual").

Un observador puede entonces decir, para describir lo que ve: "esta persona anda con prudencia".

Si tal comportamiento no es esporádico, sino que ha sido generalizado y aparece cada vez que las circunstancias ambientales lo exigen, el observador puede **resumir** la expresión: "esta persona manifiesta, habitualmente, un comportamiento prudente" por: "esta persona **es** prudente".

Hasta aquí, se trata sólo de una manera abreviada de describir las cosas, que no implica error alguno.

Pero la "trampa" verbal (la tautología, en suma) consiste en decir: "esta persona anda con prudencia **porque** es prudente".

En tal caso, hemos realizado dos piruetas lingüísticas: a) hemos invertido los términos de la acción y hemos puesto como causa de un comportamiento aquello que utilizábamos para resumir su descripción; b) hemos creado una entidad, la "prudencia", interior al hombre, capaz de explicar un comportamiento que, como hemos visto, se explica perfectamente (por sus consecuencias) sin esta variable intermedia e hipotética que las falacias del lenguaje nos han creado.

Es así como han sido generadas la "fuerza de voluntad", las "tendencias", la "personalidad", las "motivaciones", los "impulsos" y toda la panoplia de conceptos míticos que utilizamos para "explicar" el comportamiento, cuando deberían servir, a lo sumo, para describirlo de forma resumida.

Evidentemente, no se trata, como señala Richelle (1974), de poner en duda que el ser humano tenga ideas, sentimientos, proyectos, tomas de conciencia, etc., sino de negarse a ver en ellos las causas de la conducta; y Dorna (1977) añade:

El analista experimental del comportamiento no niega ni la vivencia ni el sufrimiento de un individuo, sino el "status" que les corresponde, el cual, metodológicamente hablando, es un sub-producto del comportamiento. Así, por ejemplo, la alienación no es un estado mental, sino un estado del comportamiento atribuible a contingencias de refuerzos; las vivencias del sujeto no son más que un producto secundario, totalmente fundamental para el individuo, pero que no puede ser interpretado o propuesto como la causa del comportamiento.

Así pues, lo que podía parecer una querrela entre psicólogos y psiquiatras ha resultado ser de máxima trascendencia.

Los psiquiatras, al aplicar el modelo médico al campo de la conducta, actúan como los alquimistas que buscaban la piedra filosofal. ¿Habrá que recordar que es la Química quien consigue, en todo caso, realizar transmutaciones atómicas?

² Bunge (1972) ofrece un interesante análisis del razonamiento por analogía.

Insistimos. Dejar la conducta en manos de los psiquiatras supone aceptar toda una ideología (mítica, pre-científica y obscurantista) sobre las causas de la conducta. Y la cosa podría permitirse si no comportara las consecuencias trágicas que conocemos. Pero cuando la vida de una persona depende de supuestos indemostrados, sostenidos por la mayoría del cuerpo psiquiátrico, sobre las causas del comportamiento, creemos que es un deber hacer oír nuestra modesta voz.

Es posible que todo lo que antecede parezca excesivamente teórico a los ojos del lector. Es por ello que hemos tomado, con el fin de ilustrar las consecuencias del enfoque mentalista de la psiquiatría jurídica, un artículo, firmado por el periodista francés Philippe Ganier-Raymond (1977) y aparecido en la revista *Le Nouvel Observateur*, en el que figura un ejemplo paradigmático del tipo de razonamiento que acabamos de describir.

Se trata de un informe realizado por el Dr. Suttel, de Marsella, sobre el caso de Djandoubi, joven de 28 años (al que faltaba una pierna) autor del crimen (répugnante, como todo crimen) de una joven de 25 años a la que había obligado a prostituirse y a la que torturó salvajemente antes de matarla. El informe concluyó que el acusado era **plenamente responsable de sus actos** y que **representaba un colosal peligro para la sociedad**. Dicho informe fue decisivo para la condena a muerte del acusado y su ejecución (la pena de muerte no fue abolida en Francia hasta 1981, con la victoria de Mitterand).

No es en absoluto nuestra intención buscar atenuantes a la conducta indeseable de Djandoubi. Tampoco nos proponemos sugerir aquí una solución alternativa a la pena de muerte (aunque, en nuestra opinión, es tan salvaje como el peor de los crímenes), señalando lo que la sociedad debería hacer frente a casos de este tipo, pues, como veremos más adelante, para ello habría que construir un modelo jurídico-penitenciario totalmente nuevo, lo que queda fuera de las posibilidades individuales del autor (pero no de una comisión formada por juristas, sociólogos, psicólogos y políticos).

Quisiéramos, sencillamente, mostrar la ideología que inspiró el informe psiquiátrico, sin pronunciarnos en el terreno estrictamente legal. No abogamos, pues, por la inocencia del acusado. Intentaremos solamente poner en evidencia que las causas de su conducta reprochable habría que buscarlas en otro lugar (¿en la sociedad misma?) y no en sus "impulsos"; o, lo que es lo mismo, explicar el **por qué, la causa** de dichos "impulsos".

A la pregunta del periodista: ¿Dónde se sitúa la frontera entre la normalidad y la anormalidad? el Dr. Suttel responde:

Existen alteraciones de la conducta y existen enfermedades mentales. Un ejemplo: usted sale de aquí y, por la carretera, injuria violentamente a un automovilista que le ha hecho un adelantamiento peligroso. Se trata de una alteración del comportamiento. La enfermedad mental es la repetición cotidiana, constante, de este comportamiento. Usted comprenderá que no es lo mismo.

Así pues, el problema de la frecuencia de aparición de un comportamiento es la llave de la enfermedad. Por vía de consecuencia, fumar 10 cigarrillos diarios no es una enfermedad, pero fumar 60 si lo es. (Problema: si un sujeto fuma 37 cigarrillos diarios, ¿es un enfermo o no?) La enfermedad así definida sería algo tremendamente subjetivo y profundamente cultural, ya que, en una civilización en que la gente no come carne de cerdo, el individuo que ingiere dos veces por semana dicho tipo de alimento es un enfermo; o en un país en que se obliga a la gente a acatar las decisiones, el oponente político es un enfermo y se le interna en un hospital psiquiátrico. Por si estos ejemplos no fuesen suficientes para demostrar el carácter cultural del concepto de enfermedad así definido, recordemos, como señala Dorna (1977), que la simple evolución de las normas culturales ha permitido que la homosexualidad, considerada hasta 1974 como una enfermedad psiquiátrica, haya sido eliminada del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* de la *American Psychiatry Association (A.P.A.)*, es decir, haya dejado pura y simplemente de ser una enfermedad (¡qué duro golpe para los taxonomistas psiquiátricos!).

Como lo señalan Ullmann y Krasner (1969) -citados por Bayés, 1978-, ante un fenómeno conductual concreto, la etiqueta "normal" o "patológico" será asignada, de forma totalmente relativa y circunstancial -de acuerdo con la situación concreta de cada país y de cada época- en función de tres variables: el propio comportamiento, su contexto social, y un observador que se encuentra en

situación de poder. La etiqueta aplicada es el resultado del adiestramiento del etiquetador y refleja la sociedad que representa.

Aunque, en efecto, la frecuencia de emisión de un comportamiento sea la variable fundamental del Análisis Experimental de la Conducta (Bayés, 1974), no por ello constituye el criterio de enfermedad. A lo sumo, podemos considerar, a condición de disponer de una norma bien definida, que un comportamiento dado es normal o anormal, deseable o indeseable, y, en la segunda eventualidad, plantearnos la reducción de su frecuencia a los límites de la normalidad o de lo deseable. Diremos, de una persona que se lava las manos continuamente, que su conducta no es normal; pero nunca que está enferma.

Si hemos insistido tanto en la denuncia del modelo médico aplicado a la conducta anormal es justamente por la distorsión que provoca al confundir anormalidad con enfermedad, con todas las connotaciones que esta palabra evoca.

Habíamos empezado este artículo hablando del problema de la responsabilidad. Veamos cuáles son las conclusiones a las que se llega a partir de la concepción mentalista de la conducta.

Periodista: ¿Dónde sitúa usted la frontera de la responsabilidad?

Dr. Suttel: Tenemos a nuestra disposición: responsabilidad plena, responsabilidad atenuada, ausencia de responsabilidad. Esta última la declaramos cuando el sujeto obedece a fuerzas que no puede controlar.

Periodista: ¿Y Djandoubi, según, usted, podía controlar las fuerzas que le empujaron a cometer este horrible crimen?

Dr. Suttel: Totalmente. Cierto, se trata de un perverso; cierto, se trata de un sádico. Pero repito, formalmente, que tenía los medios para controlar sus tendencias. No olvidemos que se trataba de un sujeto inteligente. Podía luchar contra sus tendencias. Era pues, responsable.

Estamos pues frente a un típico discurso mentalista, según el cual las causas de la conducta son "las tendencias", "los impulsos", que uno puede, o no, controlar. Esta visión idealista (siempre en el sentido filosófico del término) del comportamiento, tan difundida, desgraciadamente, supone, como lo señala Skinner (1971), la existencia de un "duendecillo" u hombre-interno que dirige y controla la conducta del hombre-externo. Evidentemente, no es fácil deshacerse por completo de la doctrina (heredada de Platón) de la dualidad cuerpo-alma, doctrina que, actualmente, incluso algunos teólogos empiezan a formular diferentemente.

Como señalábamos antes, utilizar un lenguaje metafórico (como, por ejemplo, cuando decimos que el sol se pone) puede justificarse en la vida cotidiana, pero usar tal tipo de argumentación, no en el sentido metafórico, sino tomándola por verdadera, en un juicio donde se intenta establecer las causas del comportamiento de un individuo (las causas reales, no las míticas), nos parece francamente inadmisibles.

Incurriendo en el riesgo de confirmar las sospechas del lector acerca de que lo único que estamos debatiendo en este trabajo es el problema de la rivalidad profesional entre psicólogos y psiquiatras, nos permitimos reproducir otro pasaje, particularmente elocuente, de la citada entrevista:

Periodista: No alcanzo a comprender por qué no quiso usted saber más detalles sobre Djandoubi: su ambiente, su psicología...

Dr. Suttel: La psicología es asunto de abogados.

Periodista: Usted, psiquiatra, habla del colosal peligro social, que es competencia del fiscal; y cuando se trata de psicología, nos remite al abogado...

Dr. Suttel: Le repito que mi papel es decir si un individuo está enfermo o no. Esto no tiene nada que ver con la psicología.

Evidentemente, si se trata de enfermedad orgánica, no tiene nada que ver con la psicología; pero como ya hemos visto lo que entienden los psiquiatras por "enfermedad mental" (conducta anormal), negar que es competencia de la psicología equivale a un ingeniero textil, al que se ha convocado para que dictamine sobre las causas de la avería de una máquina (que se está comportando de forma anormal), que mantiene que la física no tiene nada que ver en el asunto.

El desprecio de la psicología por parte del psiquiatra no hace más que poner de manifiesto su total falta de competencia para ocuparse de los problemas que plantea la conducta humana.

Subrayemos de paso el hecho sintomático de la asimilación que el Dr. Suttel hace de la psicología a la abogacía, dos profesiones de las que a menudo se hace destacar su acusado verbalismo -e incluso charlataneria-, y de su contraposición a la psiquiatría, revestida con todo el prestigio del cuerpo médico. Dejando de lado que un cierto tipo de abogados venales y de psicólogos mentalistas han justificado, desgraciadamente, esta opinión, común a muchos de nuestros conciudadanos, no podemos dejar de señalar que, en la medida en que se ha avanzado en el conocimiento de las leyes que rigen la conducta, y en la medida en que los psiquiatras continúen obstinados en ignorarlas, prefiriendo sus discursos idealistas, los papeles, en lo que respecta a la pura palabrería, se han invertido.

Creemos haber puesto al descubierto la ideología (filosofía) subyacente a la medicalización del comportamiento anormal, y nos lamentamos formalmente de que sea en nombre de esta ideología (falsa, por añadidura) que se condene a muerte a una persona.

En resumen:

- ✓ La pena que se pronuncia contra un acusado depende de su "grado de responsabilidad."
- ✓ El "grado de responsabilidad" se infiere a partir del grado de "enfermedad mental" del acusado, establecido por un médico psiquiatra.
- ✓ El psiquiatra aplica el modelo médico a la conducta normal: *a)* en el caso de que dicha conducta pueda verse afectada por una causa orgánica, tal proceso nos parece adecuado, a condición de que se retire el término "mental"; *b)* si no se encuentra causa orgánica alguna, la aplicación del modelo médico es abusiva por tautológica y por persistir en llamar "enfermedad" a la conducta anormal, con todas las connotaciones que esto conlleva. En ninguno de los dos casos se justifica pues la expresión "enfermedad mental" ni la colaboración de los médicos psiquiatras.
- ✓ No podemos seguir considerando como causas del comportamiento entidades metafóricas tales como las "tendencias", los "impulsos", etc. desde el momento en que el Análisis Experimental de la Conducta nos ha empezado a explicar su génesis, el "status". que les corresponde (sub-producto del comportamiento y no sus causas) y a revelarnos cuáles son las verdaderas causas de la conducta y las leyes que la rigen.

Se nos puede argumentar que nuestras digresiones han servido para oscurecer las cosas más que para aclararlas. En efecto, el lector puede legítimamente preguntarse en qué medida hemos solucionado el problema de la responsabilidad de un acusado substituyendo el modelo médico por el modelo de la psicología conductual, es decir, reemplazando al psiquiatra por el analista experimental del comportamiento.

Honradamente, hemos de confesar que no hemos resuelto el problema, puesto que no damos ningún dato sobre cómo el psicólogo conductista establecería el "grado de responsabilidad", a no ser que, habiendo introducido el Análisis Experimental de la Conducta, el concepto mismo de "responsabilidad" quede en entredicho... (volveremos sobre este particular más adelante). Pero nuestro propósito primordial era denunciar el actual funcionamiento de las cosas, porque nos parece dramático que alguien sea ejecutado porque no ha presentado ninguna "enfermedad mental", no controló sus "tendencias" "teniendo" la posibilidad de hacerlo.

Somos sin embargo conscientes de que, paralelamente a la denuncia y al desenmascaramiento de las concepciones caducas, debe construirse un nuevo sistema jurídico-penitenciario que no ignore los conocimientos que la ciencia de la conducta aporta. ¿Qué es la Justicia sino el juicio emitido sobre un comportamiento dado, por un sujeto dado, en unas circunstancias dadas? ¿Y quién sino la ciencia de la conducta puede arrojar alguna luz sobre el comportamiento dado de un sujeto dado en unas circunstancias dadas?

Si es una propuesta más concreta lo que se nos pide, si es pasar de la crítica a la construcción de un sistema mejor, ¡victoria!, esto querría decir que los profesionales del aparato judicial empiezan a encontrarse incómodos administrando una justicia según normas, conceptos, ideologías e instituciones que no corresponden ya en absoluto al estado actual del conocimiento de las leyes de la conducta.

Actualmente, ya no quemamos en hogueras públicas a pobres individuos acusados de estar poseídos por el diablo, sino que les tratamos con neurolépticos. ¿Por qué no adecuaríamos todo el

sistema jurídico-penitenciario a los conocimientos actuales sobre las leyes que rigen la conducta, puesto que de juzgar conductas se trata?

Es posible que tal empresa nos obligara a replantear la pertinencia del concepto mismo de "responsabilidad" (que supone libertad de escoger), pues se encuentra en flagrante contradicción con el postulado determinista común a toda ciencia. Quizás esto nos llevaría a concluir que la conducta delictiva no es más que el producto de una determinada organización (léase desorganización) de la sociedad, en la cual los "valores" de competencia, triunfo, consumo, poder, éxito, posesión, agresividad, etc. nos son inculcados constantemente, a todos los niveles. ¿Tiene algún sentido intentar eliminar los actos delictivos actuando solamente sobre los delincuentes, es decir, sobre los efectos, sin intentar modificar la sociedad, es decir, la causa? Si son las circunstancias ambientales las que se encuentran a la base de las causas de toda conducta (delictiva o no) en vez de ser las "ideas" o las "motivaciones" de los individuos, ¿pueden los juristas seguir funcionando con los esquemas mentalistas utilizados hasta ahora?

Para modificar el comportamiento hay que cambiar las contingencias ambientales, afirma Dorna (1977), quien añade: No existe una "mente alterada" o un "psiquismo perturbado", sino una conducta juzgada anormal y un entorno ambiental por transformar.

Evidentemente, sociólogos y psicólogos se encuentran frente a la enorme tarea de ayudar a modificar, adaptándolo al estado actual del conocimiento científico de la conducta, el sistema jurídico-penitenciario hoy vigente. Quizás por ello esta revista ha escogido el nombre que lleva³.

Y es porque desearía sinceramente que esta revista sirviera de plataforma al necesario diálogo constructivo entre juristas, sociólogos y psicólogos en vistas a emprender una tan compleja tarea, que he redactado estas páginas tal vez algo apasionadas y quizás demasiado "militantes".

BIBLIOGRAFÍA

- Bayés, R.: *Introducción al método científico en psicología*. Fontanella, Barcelona 1974.
- Bayés, R.: Reflexiones de un psicólogo ante algunos problemas que se plantean en el campo del derecho. *Anuario de Sociología y Psicología Jurídicas*, 2, 31-39, 1975.
- Bayés, R.: *Iniciación a la farmacología del comportamiento*. Fontanella, Barcelona 1977a.
- Bayés, R.: Importancia del laboratorio animal en la formación de terapeutas del comportamiento. *Revista del Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 4, 7-12, 1977b.
- Bayés, R.: Psiquiatría, Psicología y Reforma Sanitaria. En: De Miguel, J. M. (ed.): *Planificación y Reformas Sanitarias*. Instituto de la Opinión Pública, Madrid 1978.
- Bernard, C.: *Introduction á l'étude de la médecine expérimentale*. Paris 1865, trad. cast.: *Introducción al estudio de la medicina experimental*. Fontanella, Barcelona 1976.
- Bunge, M.: *Teoría y realidad*. Ariel, Barcelona 1972.
- Dorna, A.: Le problème des modèles en psychopathologie du travail. Laboratoire de physiologie du travail et d'ergonomie, rapport n.1 55, Paris 1977.
- Eysenck, H. J.: *The future of Psychiatry*. Methuen, London 1975.
- Ganier-Raymond, P.- Un colossal danger social. *Le Nouvel Observateur*, 674, 62-63, 1977.
- Richelle, M.: Le béhaviorisme aujourd'hui. *Psychologica Belgica*, XIV, 2-3, 1974.
- Skinner, B. F.: *Beyond freedom and dignity*. Alfred A. Knopf, New York 1971. trad. cast.: *Más allá de la libertad y la dignidad*, Fontanella, Barcelona 1972.
- Skinner, B. F.: *About behaviorism*. Alfred A. Knopf, New York 1974. trad. cast.: *Sobre et conductismo*. Fontanella, Barcelona 1975.
- Szasz, T.: *The myth of mental illness*. Hoeber-Harper, London 1961.
- Ullmann, L. P. & Krasner, R. L.: *A psychological approach to abnormal behavior*. Prentice-Hall Nueva Jersey 1969.
- Watson, G.: Is mental illness -mental-? *Journal of Psychology*, 41, 323-334, 1956.

³ Anuario de Psicología y Psiquiatría Jurídicas.

