

FRANCISCO A. CARRASCO CUADROS*

EPILEPSIA Y NULIDAD MATRIMONIAL**

Fecha de recepción: 1 septiembre 2016

Fecha de aceptación y versión final: 10 octubre 2016

RESUMEN: La epilepsia forma parte de la extensa lista de causas de naturaleza psíquica que pueden ser responsables de la nulidad de un matrimonio canónico. Aunque algunos profesionales consideran que gracias a los nuevos fármacos la epilepsia es curable y que la carga de estigma social que esta tenía ha sido superada, el mal comicial no es una pieza de museo (se estima que la padecen 40 millones de personas de las cuales un 80% viven en países en vías de desarrollo) y todavía llegan a los tribunales eclesiásticos escritos de demanda de nulidad matrimonial en los que aparece esta patología entre los supuestos de hecho. Con este trabajo pretendemos ofrecer de forma resumida el conocimiento mínimo de esta enfermedad que un profesional del derecho canónico puede precisar, así como la incidencia de la epilepsia en cada uno de supuestos de nulidad que se pueden dar cuando uno de los cónyuges padece el mal comicial.

PALABRAS CLAVE: ictus; incapacidad; mal comicial; antiepilépticos; matrimonio.

* Juez del Tribunal Eclesiástico de Jaén. tucyespada@hotmail.com

** Este trabajo tiene su origen en la investigación desarrollada como Tesis Doctoral en la Universidad Pontificia Comillas, con el título *La epilepsia como causa de nulidad matrimonial. Estudio jurisprudencial y doctrinal*, dirigida por la Profesora Dra. Carmen Peña.

Epilepsy and the nullity of marriage

ABSTRACT: Epilepsy belongs to a long list of psychic causes which can lead to canonical marriage annulment. Despite some experts believe that epilepsy can be curable thanks to new medicines and that it is no longer socially discriminated, epilepsy is not outdated (it is estimated that 40 million people suffer from it, and 80% of them lives in developing countries) and marriage annulment libellus that include this pathology among the factual situations are still sent to ecclesiastical courts. The purpose of this work is to offer in a summarised form some background of this disease provided by a canonical law professional as well as epilepsy's incidence in those cases in which one of the spouses suffers from this illness.

KEY WORDS: ictal state; incapacity; epileptic seizures; anti-epileptic medication; marriage.

La epilepsia es una de las causas de naturaleza psíquica que pueden ser responsables de la nulidad canónica de un matrimonio. En este trabajo se pretende ofrecer de forma práctica y concisa los aspectos más importantes acerca de la incidencia de la epilepsia en las causas de nulidad matrimonial, un estudio no realizado hasta ahora. Para los estudiosos del derecho y para profesionales del foro canónico es de gran utilidad contar con trabajos monográficos sobre anomalías psíquicas concretas que recojan la jurisprudencia sobre la cuestión, y el tratamiento doctrinal de la misma. Nuestro trabajo pretende prestar este servicio. En la primera parte desarrollamos las nociones imprescindibles que un profesional del foro precisa para enfrentarse a la instrucción de una causa de nulidad en la que aparece la epilepsia entre los supuestos fácticos. Partimos de la definición de epilepsia, sus causas y los tipos de crisis, para pasar a conocer las posibles consecuencias psíquicas que pueden producirse cuando se padece esta enfermedad. En los otros tres epígrafes se expone de forma analítica lo que puede encontrarse sobre la epilepsia en la jurisprudencia y la doctrina canónicas. Lo hacemos siguiendo el esquema de los tres capítulos de incapacidad del cn. 1095 y el del error. En las conclusiones recogemos lo más interesante de nuestro estudio y aportamos algunos aspectos en los que a nuestro juicio hay que seguir profundizando.

1. ASPECTOS MÉDICOS Y PSIQUIÁTRICOS DE LA EPILEPSIA

El mal comicial era considerado en la antigüedad la enfermedad de los dioses o la consecuencia de una posesión diabólica. En el siglo XIX fue una de las dolencias que se trataban en los primeros psiquiátricos y durante el siglo XX, gracias a los avances de la electroencefalografía, fue dejando atrás la consideración de enfermedad psiquiátrica para pasar a ser un fenómeno neurológico con algunas consecuencias psiquiátricas. La epilepsia es pues una de las enfermedades que ha experimentado una mayor evolución dentro de las ciencias médicas.

1.1. DESCRIPCIÓN DE LA EPILEPSIA

1.1.1. *Definición y etiología*

Una primera distinción a tener en cuenta es la diferencia entre epilepsia y crisis epiléptica. La Liga Internacional contra la Epilepsia y la Oficina Internacional para la Epilepsia han llegado a un consenso para las definiciones de los términos crisis epiléptica y epilepsia. Una crisis epiléptica es una ocurrencia transitoria de signos y/o síntomas debidos a la actividad neuronal anormal excesiva o sincrónica en el cerebro. La epilepsia es un trastorno cerebral caracterizado por una predisposición permanente para generar crisis epilépticas. La definición de la epilepsia requiere la presencia de al menos un ataque epiléptico¹.

En cuanto a la etiología se puede afirmar que todas las enfermedades o trastornos del ser humano pueden producir epilepsia. Las causas clásicas de crisis epilépticas (genéticas, metabólicas, estructurales o inflamatorias) varían con la edad de comienzo de la enfermedad. En la infancia predominan como causas la lesión en el nacimiento, los defectos congénitos, las aberraciones metabólicas y las infecciones. Entre los tres y los ocho meses se presenta el síndrome de los espasmos infantiles, mientras que entre los seis meses y los cinco años es el momento de las convulsiones febriles. La epilepsia primaria generalmente comienza después de los tres años y es entonces la forma más común de epilepsia. Durante la

¹ S. ROBERT ET AL., *Epileptic Seizures and Epilepsy: Definitions Proposed by the International League Against Epilepsy (ILAE) and the International Bureau for Epilepsy (IBE)*: *Epilepsia* 36 (2005) 470-2.

vida adulta, las lesiones estructurales son las más frecuentes, sobre todo los tumores cerebrales en el comienzo de la vida adulta media y, en los últimos años, las enfermedades vasculares. Los traumas cerebrales son una causa de ataques a lo largo de toda la vida². Respecto a los factores hereditarios se estima que el riesgo total de que un niño desarrolle epilepsia cuando uno de los padres es epiléptico oscila entre el 2 y el 3%, y si ambos progenitores padecen la enfermedad, se eleva a alrededor del 25%. Recientes investigaciones profundizan en la posibilidad de que en el origen de algunas epilepsias se encuentre un proceso infeccioso³.

1.1.2. *Clases de crisis*

Dependiendo de si se ve afectada una parte o la totalidad del cerebro las crisis se clasifican en parciales y generalizadas.

- a) *Las crisis parciales* son aquellas en las que el electroencefalograma sugiere activación inicial de un sistema de neuronas limitado a una zona concreta de alguno de los hemisferios cerebrales. Estas a su vez se dividen en *crisis parciales simples* en las que no existe alteración de la conciencia y *crisis parciales complejas* en las que sí se produce alteración de la conciencia desde el principio de la crisis o conforme se desarrolla una crisis parcial simple. En las primeras las manifestaciones clínicas pueden incluir síntomas motores, sensoriales, vegetativos o psíquicos dependiendo de la población de neuronas afectada. Las complejas suelen asociarse a la mirada fija o a movimientos automáticos.
- b) *Las crisis generalizadas* convulsivas o no convulsivas se definen como aquellas en las que los primeros cambios clínicos ictales indican implicación inicial de ambos hemisferios. La conciencia suele verse alterada y puede ser la primera o única manifestación clínica como sucede en las ausencias. Las manifestaciones motoras son bilaterales.

² J. SANCHEZ CARO, *Perfiles Neuropsicológicos en pacientes epilépticos*, Madrid 2005, 19. Tesis defendida en 1992 en la Facultad de Medicina de la U. Complutense de Madrid y dirigida por Luis Iglesia Díez, 36.

³ H. KUEI-SEN ET AL., *Spontaneously Recurrent Seizures After Corneal Inoculation of Herpes Simplex Virus in Mice: A New Experimental Model of Epilepsy*: *Epilepsia* 46 (2005) 67-95.

- Dentro de las *crisis generalizadas no convulsivas* encontramos la crisis de *ausencia* denominada tradicionalmente «pequeño mal» y que consiste en una alteración súbita y breve de la conciencia, que se asocia a la falta de respuesta y a la interrupción durante más de 30 segundos de la actividad que se había iniciado. Puede acompañarse de mirada fija, movimientos mioclónicos o tónicos leves, atonía, parpadeo intenso o cambios vegetativos.
- Las *crisis generalizadas convulsivas* se denominan tradicionalmente «gran mal» y son reconocidas por la población como un «ataque epiléptico». Dentro de estas podemos distinguir las *Crisis mioclónicas* que consisten en sacudidas súbitas, muy breves, repetitivas, arrítmicas y bilaterales. Pueden implicar a todos los miembros o restringirse básicamente a las extremidades superiores, el tronco y la cabeza. La conciencia suele preservarse. Pueden ser acontecimientos aislados, o pueden agruparse durante algunos minutos u horas. Acostumbran a aparecer mientras el sujeto está durmiendo, o al poco tiempo de despertar. *Crisis clónicas* que consisten en sacudidas repetitivas de todos los miembros, la cabeza y el tronco, con una frecuencia de dos o tres veces por segundo. Las extremidades y la cabeza oscilan activamente en una dirección, volviendo más lentamente a la posición original antes de que se produzca la siguiente sacudida de una forma rítmica. Puede darse llanto inicial, parada respiratoria, cianosis, mordedura de la lengua o incontinencia urinaria. Suelen seguirse de confusión postictal, disfasia, dolor de cabeza y somnolencia que puede durar algunas horas. *Crisis tónicas* que consisten en contracciones musculares rígidas y persistentes (pueden durar de 5 a 10 segundos) que fijan los miembros en una posición determinada. Es frecuente que se produzca desviación ocular y de la cabeza hacia un lado, y esto se acompaña de rotación del cuello y del tronco hacia el mismo lado. *Crisis tonicoclónicas* que muestran una fase tónica seguida de una fase clónica. Es común la confusión postictal, la cefalea o la somnolencia. Y finalmente las *crisis atónicas* que consisten en una pérdida repentina del tono muscular que puede ser generalizada, causando la caída del individuo, o puede restringirse a la cabeza o a los miembros. Las

crisis son breves, duran solo algunos segundos, pero pueden producir graves traumatismos craneales debido a las caídas súbitas.

1.2. CONSECUENCIAS PSIQUIÁTRICAS

Veamos ahora los posibles fenómenos de tipo psíquico que pueden tener lugar como consecuencia de sufrir un ictus y que pueden ser relevantes, a la hora de valorar la posible nulidad del consentimiento matrimonial, si este se dio en el curso de alguno de estos fenómenos. Los episodios que acompañan a las crisis epilépticas se clasifican tradicionalmente como preictales, ictales e interictales dependiendo del momento en el que se tienen lugar respecto al ictus.

1.2.1. Fenómenos preictales

- a) *Las auras* junto con los pródromos son el típico fenómeno preictal. La Clasificación Internacional de las Crisis Epilépticas define el aura como «una parte de la crisis que ocurre antes de la pérdida de la conciencia y de la cual se conserva posteriormente conciencia»⁴. Las auras consisten en fenómenos premonitorios de las crisis. Nos podemos encontrar con diferentes tipos de auras. Las más frecuentes son las epigástricas, así como las autonómico-visceralas, que producen sensaciones tan vagas y mal definidas que el paciente experimenta dificultad en describirlas. Son posibles ilusiones e incluso alucinaciones, aunque el paciente generalmente es consciente de la irrealidad de la experiencia.
- b) *El pródromo*, a diferencia del aura, precede al ataque por varios días y se caracteriza más por alteraciones caracteriales que perceptuales. El enfermo puede mostrar un aumento de la irritabilidad, sentimientos de insatisfacción, tendencias agresivas que él mismo considera como injustificadas, y numerosos síntomas somáticos difusos y mal definidos, probablemente correspondientes a la percepción de vagas sensaciones viscerales. En ocasiones el enfermo puede percibir durante días una ligera sensación de

⁴ C. MEDINA MALO, *Epilepsia, aspectos clínicos y psicosociales*, Bogotá 2004, 169.

angustia, de malestar; la impresión de que «algo malo» le va a suceder. Otro pródromo es la sensación de torpeza, de lentitud y falta de agilidad mental, dificultades de concentración, etc. Cuando sobreviene la crisis el enfermo la vive como la descarga de una tensión insoportable y se encuentra aliviado⁵.

1.2.2. *Fenómenos ictales*

Dentro de los fenómenos ictales, que pueden ser de contenido psíquico, psicosensoresal y psicomotor, los que más nos interesan son aquellos en los que se ve alterada la conciencia. Con la conciencia alterada y dependiendo siempre del nivel de descenso, se tienen comprometidas las facultades cognitivas y volitivas, la capacidad de orientación, de reconocimiento, se da una menor reflexión, comprensión dificultada, pensamiento lógico y autocrítica que lleva un menor control volitivo de los actos, así como aumento de las conductas automáticas, impulsivas y desinhibidas, pudiendo aparecer violencia y agresividad. Dependiendo de la gravedad de la pérdida podemos encontrarlos:

- «obnubilación de la conciencia» con pensamiento inconexo y dificultad para mantener la atención, la «confusión» con una disminución del nivel de vigilancia;
- «*estados crepusculares*» que son alteraciones de la amplitud del campo de la conciencia. Son cuadros confusionales parciales en los que una parte más o menos importante del campo de la conciencia se halla en estado confuso o con bajo rendimiento; sin embargo, otras partes del campo de la conciencia permanecen íntegras y permiten una conducta global aparentemente normal. Estos estados se presentan frecuentemente después de los ictus, y suelen tener un comienzo brusco, duración corta (algunas horas) y amnesia consecutiva;
- «coma» que es el caso más grave de conciencia alterada que implica pérdida total de la conciencia, bien durante un instante como en las ausencias, o durante minutos como en las crisis de gran mal. El antecedente del coma se denomina «estupor ictal». En este caso, el enfermo es capaz de mantener sus ojos abiertos, de comer,

⁵ J. L. GONZÁLEZ DE RIVERA Y REVUELTA, *Psicopatología de la epilepsia*, en S. DELGADO BUENO (DIR.), *Psiquiatría legal y forense 1*, Madrid 1994, 1068-70.

de beber y de responder a preguntas sencillas siempre que sean hechas con insistencia.

1.2.3. *Fenómenos interictales*

La jurisprudencia canónica y los manuales han recogido tradicionalmente cinco fenómenos epilépticos en relación a la nulidad matrimonial: el gran mal, el pequeño mal, el estado crepuscular, la psicosis epiléptica y la psicopatía epiléptica.

- a) *La personalidad epiléptica* ha sido protagonista de un encendido debate doctrinal a lo largo del siglo XX. En la discusión se ha pasado de un período en el que esta era considerada como esencial, a otro en el que los trastornos de personalidad del epiléptico son interpretados como secundarios, bien a una lesión cerebral, congénita o adquirida, bien al efecto de repetidas, persistentes e incontrolables convulsiones o finalmente como reacción psicológica al rechazo más o menos encubierto de la sociedad, sin olvidar la posible influencia de los efectos secundarios de la medicación anti-epiléptica⁶. En las ediciones tercera y cuarta del DSM podemos encontrar diferentes trastornos de la personalidad relacionados con enfermedades en los cuales aparece la epilepsia como uno de los factores desencadenantes⁷. Algunos autores dan por cerrado el debate y afirman que no se puede sostener la existencia de una personalidad epiléptica sino de casos aislados en pacientes concretos⁸. No nos corresponde a nosotros zanjar esta cuestión, pero sí que podemos afirmar que la epilepsia tiene consecuencias

⁶ W. A. M. SWINKELS – W. VAN EMDE BOAS – J. KUYK – R. VAN DYCK – P. SPINHOVEN, *Interictal Depression, Anxiety, Personality Traits, and Psychological Dissociation in Patients with Temporal Lobe Epilepsy (TLE) and Extra-TLE*: *Epilepsia* 47 (2006) 2092–2103.

⁷ «*Síndrome orgánico de la personalidad*» Cf. DSM III-R, 127 ss; «*Cambio de personalidad debido a enfermedad médica*» Cf. DSM IV DSM IV, 176-9; Cf. DSM IV-TR, 211-14; «*Trastorno mental no especificado debido a enfermedad médica [293.9]*» Cf. DSM IV, 179 y DSM IV-TR, 215.

⁸ Puede leerse esta comunicación de dos profesionales de la Clínica Universitaria de Bonn publicada en 2010. Cf. J. W. HOPPE – C. HELMSTÄEDTER, *Is there an epileptic personality? Communication in the 50th Meeting of the German Society Against Epilepsy April 28–May 1, 2010*: *Epilepsia* 51 (2010) 4 ss.

importantes en algunos pacientes en cuanto a su desarrollo madurativo, sobre todo cuando empiezan a padecerla desde la pubertad, conformando una personalidad peculiar caracterizada por algunos rasgos⁹. Los típicos rasgos de la personalidad epileptoide enumerados una y otra vez son la viscosidad, religiosidad e hipergrafía¹⁰.

- b) *La psicosis epiléptica* es el otro fenómeno interictal en el cual incluimos aquellos trastornos globales del pensamiento, afecto y percepción que interfieren suficientemente con la vida de relación e interpretación de la realidad como para ser calificados de psicóticos y que se presentan en pacientes con epilepsia. Podemos encontrarnos con psicosis ictal, interictal y postictal. Los fenómenos más comunes son las alucinaciones y el delirium¹¹. Hay que poner especial cuidado en el diagnóstico porque algunos síntomas son comunes a la esquizofrenia y es frecuente la confusión.
- c) *La demencia epileptoide* es otra consecuencia psíquica permanente de la epilepsia que durante decenios se ha sostenido era provocada irremisiblemente por la repetición incontrolada de las crisis¹². A partir de la cuarta edición del DSM desaparece la epilepsia

⁹ En una causa en trámite de instrucción en el Tribunal Eclesiástico de Jaén la esposa que padecía epilepsia vivía tan sobreprotegida por los padres, que no era capaz de vivir un noviazgo normal y establecer una relación interpersonal adulta.

¹⁰ K. NIETO RODRÍGUEZ – C. MANTILLA TOLOZA, *Psiquiatría y epilepsia*, en C. MEDINA MALO, ob. cit. (nota 4) 396. Estos tres rasgos son los que también se describen en el manual de McConnell. Cf. M. R. TRIMBLE ET AL., *La Psicosis en la epilepsia*, en H. W. MCCONNELL – P. J. SNYDER, *Comorbilidad psiquiátrica en la epilepsia. Mecanismos básicos, diagnóstico y tratamiento*, Barcelona 1999 164-5.

¹¹ Ver «Trastorno psicótico debido a enfermedad médica» Cf. DSM IV, 314-5; «Delirium debido a enfermedad médica» Ibid. 312. En la edición del DSM V se retoca ligeramente el «Trastorno psicótico debido a enfermedad médica». Significativo es el cambio que observamos en las tasas de prevalencia en relación a la afección médica subyacente. En el DSM IV-TR se afirmaba que el 40% de los individuos con Epilepsia del lóbulo temporal pueden desarrollar síntomas psicóticos. Si en esa edición se constataba un infradiagnóstico de este trastorno, en el DSM 5 se reduce la prevalencia de psicosis postcomicial a una horquilla entre el 2 y el 7%.

¹² Si bien la demencia como tal no aparece en los supuestos de hecho de la jurisprudencia estudiada. En cambio, en la jurisprudencia penal del foro secular es un clásico el supuesto de inimputabilidad penal del que padece demencia epiléptica. Cf. J. BURCET-DARDÉ, *Medicina y derecho. Aspectos jurídicos de las epilepsias*: Rev Neurol 34 (2002) 551-5.

como etiología del trastorno dementiforme¹³. Si bien la demencia epiléptica no existe como tal, el *deterioro cognitivo mínimo* puede encontrarse en 1 de cada 5 pacientes epilépticos, siendo los 3 factores responsables principales: la lesión cerebral previa, el uso continuo de antiepilépticos y la presencia de descargas paroxismales, clínicas y/o subclínicas¹⁴. La demencia se caracteriza por el deterioro global de las funciones mentales, no solo en sus aspectos cognitivos e intelectuales, sino también en sus aspectos emocionales, caracteriales y en la organización del comportamiento en general. Los síntomas cardinales son dismnesia, desorientación y dificultades con el razonamiento abstracto.

- d) *La depresión* es la patología más frecuente en pacientes epilépticos. No obstante, el 80% de los pacientes epilépticos informa de sentimientos de depresión, y hasta un 40% de los afectados padece depresión endógena. Además, estos pacientes presentan una alta tasa de suicidio¹⁵. La aparición de un trastorno depresivo en una persona epiléptica determinada depende de la interacción de varios factores. El primero de ellos es la vulnerabilidad genética. El segundo está formado por los acontecimientos vitales y el grado de alteración debido a las crisis epilépticas. El tercero consiste en acontecimientos psicosociales, como la estigmatización social a la que deben enfrentarse los pacientes epilépticos. El cuarto está constituido por los estresores fisiológicos, como las crisis que afectan la función diencefálica, y finalmente, los rasgos de la personalidad¹⁶. Los trastornos depresivos más frecuentes en enfermos epilépticos son las denominadas depresiones reactivas, especialmente al inicio del curso de la enfermedad, cuando el paciente debe esforzarse en entenderla y pasa por un período de pesadumbre hasta la elaboración del estigma e inhabilitación

¹³ En el DSM 5, que ya no utiliza el término demencia, encontramos el «*Trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a otra afección médica*» [331.83] y entre las afecciones médicas que subyacen a esta anomalía puede darse la epilepsia.

¹⁴ J. A. URE – M. B. PERASSOLO, *Aspectos psiquiátricos y neuropsicológicos de las epilepsias*: Rev Neurolog Arg 25 (2000) 148.

¹⁵ J. DE FELIPE-OROQUIETA, *Aspectos psicológicos en la epilepsia*: Rev Neurol 34 (2002) 858.

¹⁶ M. ROBERSTON ET AL., *Trastornos del estado de ánimo asociados a la epilepsia*, en H.W. MCCONNEL, ob. cit. (nota 10) 147.

asociados a la epilepsia. La depresión reactiva puede convertirse más adelante en un trastorno depresivo mayor.

- e) *La disfunción sexual* es frecuente en pacientes con epilepsia. Se han realizado numerosos estudios epidemiológicos que han encontrado que la prevalencia de disfunción sexual en sujetos epilépticos oscila entre el 22 y el 86%¹⁷. Su fisiopatología es compleja, y depende de factores relacionados con la enfermedad, su tratamiento y el ajuste psicosocial del individuo¹⁸. Es preciso tener en cuenta que la existencia de sensaciones sexuales periictales o ictales, y/o la posibilidad de que la actividad sexual desencadene crisis, pueden actuar como condicionantes negativos frente a la activación sexual¹⁹. Determinadas características de la enfermedad, como serían la edad de comienzo, el tiempo de evolución, la localización del foco y el tipo y grado de control de las crisis, parecen influir sobre la incidencia e intensidad de la disfunción sexual. La casuística más referida por los pacientes epilépticos es la hiposexualidad aunque en el DSM no aparece la epilepsia como etiología de los trastornos del deseo sexual²⁰.
- f) Terminamos este breve recorrido por las consecuencias psíquicas que la epilepsia puede acarrear con lo que denominamos *patología psicorreactiva*. La epilepsia es una enfermedad que puede influir, incluso desorganizar, el desarrollo desde un punto de vista

¹⁷ D.C. TAYLOR, *Sexual behavior and temporal lobe epilepsy*: Arch Neurol 21 (1969) 510-6.

¹⁸ C. VALLES ANTUÑA – J. M. FERNÁNDEZ-GÓMEZ – S. ESCAF-BARMADAH – M. C. FERNÁNDEZ-MIRANDA – F. VILLANUEVA-GÓMEZ – F. FERNÁNDEZ-GONZÁLEZ, *Fisiopatología y abordaje de la disfunción sexual en pacientes epilépticos*: Rev. Neurol. 46 (2008) 427.

¹⁹ R. LECHTEMBERG, *Epilepsia y familia*, Barcelona 1989, 77-83. Algunos pacientes experimentan auras eróticas y/o sensaciones sexuales formando parte de crisis parciales complejas y automatismos sexuales más o menos sutiles. Los orgasmos ictales son más frecuentes en mujeres. Durante las crisis se pueden dar manifestaciones paroxísticas sexuales de tres tipos: priapismo asociado a pérdida de conciencia y amnesia; episodios de excitación sexual con conciencia y memoria mantenidas, como reacción a crisis con sensaciones genitales anormales; y más raramente, episodios de excitación sexual.

²⁰ En el DSM IV encontramos el «*Trastorno sexual debido a enfermedad médica*». En los subtipos encontramos el «*Deseo sexual hipoactivo en el varón* [608.89]». Entre las enfermedades médicas que pueden producir estos trastornos están las neurológicas (esclerosis múltiple, lesiones medulares, neuropatías, lesiones del lóbulo temporal). Cf. DSM IV, 528-31

interpersonal, laboral económico y educativo. Un diagnóstico de epilepsia puede tener consecuencias negativas para la calidad de vida, y se asocia con un mayor riesgo de problemas psicosociales, aunque no todas las personas con epilepsia experimentan su impacto por igual²¹. A pesar de que la opinión social respecto a esta enfermedad ha mejorado mucho, por lo menos en las sociedades desarrolladas, y que las restricciones legales que tenían los epilépticos hace decenios han desaparecido²², la epilepsia no deja de ser un factor determinante en sentido negativo, para la integración social de quien la padece. Ser epiléptico tiene consecuencias para la vida laboral, pero más aún en la vida familiar. La epilepsia «*Es una enfermedad que puede tener un impacto considerable en el funcionamiento y el bienestar de las personas y de las familias a las que afecta*»²³. Sentimientos de indefensión, miedo, tristeza, desconcierto, confusión y ansiedad pueden producirse también en el paciente y en la familia. Quizá estas reacciones emocionales, si no se entienden de una manera adecuada, pueden provocar cambios permanentes en la conducta, incluidos la evitación y culpa, sobreprotección y control excesivo, demasiada permisividad e indulgencia, disminución de las expectativas parentales, alteraciones de la actividad de la familia y escaso cumplimiento de los regímenes de medicación. Más en concreto, en el ámbito conyugal la afección epileptoide actúa como un elemento extraño que produce miedo a que el cónyuge muera e hiperresponsabilidad que provoca tensión. Si las crisis son graves y persistentes, la medicación produce un individuo inactivo. La epilepsia afecta al rol de los miembros de la pareja y también puede producir aislamiento. Por último puede hacer zozobrar la relación el hecho de

²¹ G. A. BAKER – J. TAYLOR – B. HERMANN, *How can cognitive status predispose to psychological impairment?: Epilepsy & Behavior* 15 (2009) S31–S35.

²² Hasta los años 70 del siglo pasado la legislación anglosajona prohibía el matrimonio de los epilépticos por razones eugenésicas, pero no hay que sorprenderse mucho ya que en Estados Unidos, hasta el año 1956, los epilépticos no podían casarse y hasta el año 1970 tenían prohibido entrar a restaurantes, cines, teatros, etc. Hasta 1956, en 18 países existían leyes de esterilización de personas con epilepsia. También estaba vetado el acceso a las sagradas órdenes de los epilépticos por irregularidad Cf. CIC 1917 cn. 984, 3º.

²³ H. W. MACCONNELL, ob. cit. (nota 10) 343.

que la afección haya permanecido oculta durante el noviazgo. Nos movemos así, no sólo en el campo de la capacidad sino del error.

2. INCIDENCIA DE LA EPILEPSIA EN LAS CAUSAS DE NULIDAD MATRIMONIAL

2.1. EPILEPSIA Y USO DE RAZÓN

Según la canonística tradicional, en la elaboración del consentimiento, que es el acto humano única causa formal del matrimonio, concurren dos facultades: el intelecto y la voluntad. Un defecto en algunas de ellas como ocurre en los estados demenciales puede impedir la producción del matrimonio. En la práctica jurisprudencial se admitían sólo las crisis del entendimiento ya que se consideraba a la voluntad una fuerza ciega que seguía los dictados de la razón. La epilepsia era considerada como una de las patologías que podía ser responsable de la falta del «*usus rationis*».

Las primeras sentencias de la Rota Romana que hemos encontrado y estudiado daban por sentado que en los cónyuges afectados por epilepsia podía darse el supuesto de la amencia por falta de uso de razón. En la c. Julián de 20 de julio de 1932²⁴ se afirma que los epilépticos no son dueños de sus actos durante los accesos y, por lo tanto, no pueden prestar válido consentimiento²⁵. Fuera de los accesos, se planteaba que la repetición excesiva de crisis epilépticas puede tener como consecuencia el deterioro psíquico del paciente, hasta el punto de impedirle regir correctamente sus propios actos.

Cuando no se estimaba que la repetición de las crisis provocaba una demenciación en el enfermo, la cual impide poseer el mínimo de uso de razón requerido durante los periodos intercríticos, se aplicaba la doctrina de los lúcidos intervalos. Así sucede en la sentencia c. Heard de 8 de enero

²⁴ SRRD 24 (1932) 366-82.

²⁵ *Ibidem*, n. 3: «*Epilepticus, qui vexatur accessibus (sint ii convulsivi, sint vel equivalentes), dum eos patitur, quippe actuum suorum non dominus, est praestandi validum consensum incapax*». Las conclusiones de los peritos no convencieron a los rotales: habían transcurrido más de treinta años desde la celebración del enlace, y la enfermedad fue empeorando progresivamente. Concluyeron que, puesto que el esposo recordaba perfectamente el día de su boda y no había indicios de actuación impulsiva o automática, su consentimiento no fue nulo, no se podía hablar de plena falta de uso de razón.

de 1938²⁶ que también fue negativa. La esposa sufrió un ictus a los nueve días de la boda. La prueba debía centrarse en comprobar si su mente estaba ofuscada el día del enlace, de tal modo que no pudiera prestar válido consentimiento al no poder percibir la naturaleza del acto. La esposa sufría histeria además de epilepsia. Los rotales concluyeron que el hecho de que una persona padezca estas dos patologías no puede llevar a concluir que no sea dueña de sus actos en ningún momento, puesto que se dan intervalos en los que sí posee plenas facultades mentales²⁷.

En la década de los sesenta se planteó que el estado crepuscular era otro de los supuestos de hecho que puede provocar la nulidad del consentimiento por falta de uso de razón. La sentencia c. Pinna de 26 de abril de 1967²⁸ declaró nulo un matrimonio contraído en estas circunstancias. El ponente afirmaba que la mente puede estar obnubilada durante los estados crepusculares y los automatismos. La c. Filipiak de 17 de febrero de 1968²⁹, que confirmó la c. Pinna, estableció el principio según el cual los que padecen un estado crepuscular no pueden dar un consentimiento válido, bien porque es dado de forma automática y por lo tanto no es libre, bien porque es dado en un estado de conciencia restringida y por lo tanto no participa el entendimiento, tanto en un caso como en el otro no hay acto humano como tal³⁰.

En la sentencia c. Bonet dada el 18 de diciembre de 1967³¹, una causa en la que el esposo padecía psicosis epiléptica, se afirma que nadie niega que durante los accesos e incluso en algunos períodos posteriores al ictus, el contrayente carece de capacidad mental³². En sentencias pos-

²⁶ SRRD 30 (1938), 13-21.

²⁷ *Ibíd*em, n.12: «*et demonstrat, dato modo transeunte quo mentem afficit, nullum ex actis haberi indicium, quod tempore sponsalium vel celebrationis matrimonii conventa sui compos non fuisset*».

²⁸ SRRD 59 (1967) 279-90.

²⁹ SRRD 60 (1968) 119-24.

³⁰ *Ibíd*em, n.3: «*Ex huiusque expositis liquet crepusculo epileptico correptos validum matrimonialem consensum edere non posse, tum quia consensus, authomaticae datus, non exoritur a libera voluntate, tum quia idem consensus, in statu restrictae conscientiae praestitus, destituitur mentis participatione: quae utraque impediunt quominus humanus actus eliciatur*».

³¹ SRRD 59 (1967) 856-62.

³² *Ibíd*em, n. 5: «*Praeterea nemo dubitat quin iri morbo comitiali eiusdem vis impediens capacitatem mentalem generatim coarctetur ad breves periodos manifestationis acutae morbi, etsi aliquando cum aliqua prorogatione postepileptica*».

teriores a la promulgación del Código de Derecho Canónico se repiten estos principios, aunque no se apliquen, como sucede en la c. Bruno de 27 de marzo de 1992³³ y la c. López Illana de 14 de diciembre de 1994³⁴.

En los manuales que encontramos citados en el *In Iure* de las sentencias como el de Coronata se exponía que no se dudaba que en los períodos aura-convulsión-crepúsculo podía faltar el consentimiento porque no hay uso de razón, y en las etapas intermedias de quietud la cuestión había de ser examinada en cada caso concreto. «*Los epilépticos que son recidivos (que tienen frecuentes accesos) hay que suponer que en los intermedios no están sanos aunque parezca lo contrario. Los tales son tan débiles (psíquicamente) que no pueden sostener que sean dueños de sus actos*»³⁵. Bank recogía en su manual sobre derecho matrimonial el supuesto de la falta de uso de razón en los casos de accesos epilépticos y, en menor medida, en los casos de obnubilación durante los períodos intercríticos y en los estados crepusculares³⁶.

Los rotales también citaban manuales de derecho penal para fundamentar la incapacidad consensual de los esposos que padecen epilepsia, puesto que el mal comicial era uno de los supuestos fácticos clásicos en materia de inimputabilidad penal³⁷.

Una de las cuestiones que los canonistas estudiaban era si la epilepsia debía ser considerada responsable de un estado temporal de incompetencia mental, lo que se denominaba «*mentis exturbatio*». El ictus epiléptico tenía las mismas consecuencias que el estado de intoxicación etílica o narcótica, la euforia, la depresión, la somnubilación, el trance hipnótico y el delirio febril. En estos términos se expresaban Keating en

³³ RRDS 84 (1995) n.5: «*Dubium non est epilepticos perdurantibus morbi accessibus aut in periodis prae et postaccessualibus, in quibus mens et libertas ad nihilum vel fere ad nihilum reducitur, incapaces esse actus humanos ponendi*». 33

³⁴ c. López Illana 14 diciembre 1994, n. 14: «*Ad effectus iuridicos epilepsiae maioris et minoris seu magni mali et parvi mali quod attinet, animadvertendum est epilepticos in accessibus morbi comitialis supra adumbratis sui compotes non esse, et inde eorum consensus matrimonialis est irritus ob defectum ipsius usus rationis (Cf. can. 1095, n. 1); Ibidem, n. 16: «Morbo comitiali laborans in statu sic dicto crepusculari matrimonium validum contrahere nequit ob defectum actus humani, tum quia consensus sponte datus a Libera voluntate non exoritur, tum quia consensus praestitus mentis participatione destituitur».*

³⁵ M. CORONATA, *De Sacramentis* III, Roma 1957, 592-593.

³⁶ I. BANK, *Connubia canonica*, Roma 1959, 346.

³⁷ F. ROBERTI, *De delictis et poeni* I, Roma 1930, 139.

su tesis doctoral publicada en 1964³⁸ y Wrenn, que en su artículo «*Epilepsy and marriage*»³⁹ también se decantaba por tratar jurisprudencialmente la epilepsia como un trastorno transitorio, aunque contemplaba también la posibilidad de una incapacidad no transitoria en el caso de la psicosis epiléptica.

Otros autores que encuadran la afección epileptoide como un trastorno ocasional son González del Valle, que equipara la pérdida de conciencia del ictus con el trastorno mental transitorio⁴⁰; Amigo Revuelto, que en su clasificación de los desórdenes mentales que afectan a la capacidad consensual, sitúa la epilepsia en el grupo «*afirmar el acto del contrato*»⁴¹; Pompèdda, que junto a la neurosis contempla la epilepsia como una enfermedad que accidentalmente afecta al ejercicio de las facultades superiores⁴²; y Bastida Canal, que también contempla el «*accessus morbi comitialis*» entre los fenómenos que interceptan de forma transitoria el uso de razón⁴³.

Entre los autores que no encuadraron la epilepsia entre los trastornos ocasionales está Alza Goñi, que la clasificó dentro de las psicosis y más en concreto dentro del grupo de las psicosis endógenas o constitucionales junto a la esquizofrenia, la paranoia, la psicosis maniaco-depresiva⁴⁴; Lourdes Ruano, que sostiene que a las crisis hay que añadir las auras y los períodos postictales en los que el sujeto está privado de la plenitud de las facultades mentales, en concreto en los estados crepusculares⁴⁵; Gutiérrez Martín que, citando la sentencia c. Pinna de 26 de abril de 1967, afirma que «*no solamente se suprime el uso de razón en los accesos epilépticos, sino también en los períodos sucesivos y en el estado*

³⁸ J. R. KEATING, *The Bearing of Mental Impairment on the Validity of Marriage: an analysis of Rotal Jurisprudence*, Roma 1964, 101.

³⁹ L. J. WRENN, *Epilepsy and marriage*: *The Jurist* 32 (1972) 91-101.

⁴⁰ J. M.^a GONZALEZ DEL VALLE, *Derecho canónico matrimonial según el Código de 1983* Pamplona (1983) 96.

⁴¹ F. AMIGO REVUELTO, *Los capítulos de nulidad matrimonial en el ordenamiento canónico vigente*, Salamanca 1987, 209.

⁴² M. F. POMPEDDA, *Studi di Diritto matrimoniale canonico*, Roma 1993, 133-4.

⁴³ X. BASTIDA CANAL, *Terminología y anomalías psíquicas más frecuentes en las causas de nulidad*, en CDMPCPF 13, Salamanca 1997, 61.

⁴⁴ M. ALZA GOÑI, *Anomalías psíquicas: doctrina jurídica y jurisprudencia*, en CDMPCPF 2, Salamanca 1977, 242.

⁴⁵ L. RUANO ESPINA, *La incapacidad para asumir las obligaciones esenciales del matrimonio por causas psíquicas, como capítulo de nulidad*, Barcelona 1989, 150.

crepuscular o en el automatismo»⁴⁶; Pompedda, que también contempla la posibilidad de falta de uso de razón como consecuencia de la psicosis epiléptica⁴⁷; y García Blázquez, que sostiene que en los estados postcríticos frecuentemente se producen estados crepusculares que estrechan y disminuyen el grado de conciencia⁴⁸.

Mención aparte merece García Faílde que, en su manual publicado en 2003 (en el de 1991 no aborda la falta de uso de razón) analiza minuciosamente la incapacidad para dar el consentimiento del sujeto afectado por epilepsia por falta de uso de razón y por grave defecto de discreción de juicio, en cada una de las fases de los fenómenos epilépticos y en los diferentes tipos de crisis. Concluye estableciendo que se presume, salvo prueba en contrario, que no se da incapacidad en la crisis parcial simple y que se presume, también salvo prueba en contrario, en la crisis parcial compleja o parcial secundariamente generalizada o tónico clónica generalizada, o tónico clónico generalizada de comienzo⁴⁹. La conciencia se va recuperando progresivamente en las fases postictales y puede estar severamente afectada, por lo que afirma que el matrimonio es «*como norma general, nulo, por insuficiente uso de razón o, al menos, por grave defecto de discreción de juicio, si se celebra en cualquiera de esas fases postictales*». Recoge la doctrina tradicional del deterioro que puede provocar la repetición de las crisis y contempla las posibles consecuencias de las psicosis epilépticas que pueden darse en todas las fases de la crisis y otras veces se presentan como psicosis interictal crónica, asemejándose a la esquizofrenia sin relación directa con los episodios convulsivos. Por último llama la atención sobre las posibles comorbilidades

⁴⁶ L. GUTIÉRREZ MARTÍN, *La incapacidad para contraer matrimonio: comentarios al c. 1095 del Código de Derecho Canónico para uso de los profesionales del foro*, Salamanca 1987, 125-7.

⁴⁷ M. F. POMPEDDA, ob. cit. (nota 42) 133: «*La psicosi epilettica è una vera malattia psichica: se al tempo delle nozze fu tanto violenta de aver tolto l'uso di ragione o la dovuta discrezione di giudizio, é certamente incapacitante del soggetto al matrimonio*».

⁴⁸ M. GARCÍA BLÁZQUEZ, *Aspectos médicos legales de la nulidad y la separación matrimonial*, Granada 1993, 272. Más adelante leemos: «*Queda claro en la Jurisprudencia rotal que la crisis epiléptica impide o invalida el consentimiento, pero se exige fehacientemente no sólo que hubo crisis sino que esta afectaba al uso de razón impidiendo al individuo ser dueño de sus actos*». Cf. *Ibidem* 273.

⁴⁹ J. J. GARCÍA FAILDE, *Nuevo estudio sobre trastornos psíquicos y nulidad de matrimonio*, Salamanca 2003, 195.

psiquiátricas que hay que tener en cuenta a la hora de valorar la capacidad de los contrayentes.

Terminamos con una de las últimas aportaciones a la doctrina. El Perito Rotal Zuanazzi sostiene en su obra publicada en 2006, que en los estados crepusculares no se da propiamente una disminución de la conciencia sino una alteración del fondo de la conciencia, en el que vida psíquica conserva su continuidad⁵⁰.

2.2. EPILEPSIA Y DISCRECIÓN DE JUICIO

2.2.1. *En la jurisprudencia*

Aunque podemos encontrar referencias a la discreción de juicio en la sentencias antiguas como en la c. Jullien de 30 de julio de 1932, no será hasta la década de los sesenta cuando eclosione la nueva corriente jurisprudencial que puso en valor, paso a paso, los diferentes aspectos de la capacidad estimativa. El *In Iure* de la sentencia c. Anne de 20 de marzo de 1966⁵¹ no profundizó en la falta discreción de juicio. Sí se hizo en los hechos con la ayuda de los peritos, que afirmaban que la demandada, enferma epiléptica, sabía lo que estaba sucediendo mientras se casaba, aunque su juicio personal estaba muy afectado. La causa de la nulidad no estaba en la capacidad intelectual, pero no basta esta para poner el acto del consentimiento, sino que se requiere, además, la capacidad de «conducirse en la práctica» y la «facultad crítica»⁵². La sentencia c. Lefebvre de 30 de marzo de 1968 confirmó la anterior y recoge en el *In Iure* una doctrina más elaborada de la discreción de juicio e incluso aparece la inmadurez afectiva⁵³. Encontramos esta afirmación: «*Por todo lo cual es evidente que la epilepsia según lo dicho puede inducir*

⁵⁰ G. ZUANNAZZI, *Psicologia e psichiatria nelle cause matrimoniali canoniche*, Citta del Vaticano 2006, 700.

⁵¹ SRRD 58 (1966) 186-99.

⁵² *Ibidem*, n. 16.

⁵³ c. Lefebvre 30 marzo 1968, n. 2: «*Cum autem haec critica facultas serius appareat in homine quam facultas cognoscitiva, facile potest quis cognoscere matrimonii naturam, quin assequatur "discretio pro suscipiendis peculiaribus officiis matrimonio inhaerentibus, et totam vitam aliquando sacrificium, urgeritibus"* (*Ibidem*). *Tunc enim adest immaturitas affectiva, de qua etiam refertur in una coram me Ponente, 8 iulii 1967*».

fácilmente a defecto de discreción de juicio»⁵⁴. Uno de los peritos afirmaba que la esposa no era incapaz puesto que no estaba sufriendo un ictus en el momento de la boda, a lo que el ponente respondió que no basta el conocimiento intelectual y que este perito no había tenido en cuenta los posibles trastornos psíquicos que se pueden sufrir en los estadios intercríticos.

Los ponentes de la sentencia c. Bonet de 18 de diciembre de 1967⁵⁵ concluyeron que el demandado era incapaz no solamente por ser psicópata, sino porque en el momento del matrimonio estaba gravemente afectado por la psicosis epiléptica, de tal manera que era incapaz de dar un consentimiento matrimonial. Carecía de la discreción y del juicio necesarios para obligarse como un adulto a las obligaciones y deberes. Como vemos, empezó a contemplarse la posibilidad de un consentimiento afectado en la dimensión estimativa por causa de una afección epileptoide.

La discreción de juicio abarca, además de la capacidad crítica y de la intelectual, la capacidad de elección. La c. Di Felice de 12 de diciembre de 1970⁵⁶ es una sentencia negativa, redactada con un sentido bastante restrictivo, que se centra en la libertad del acto del consentimiento. Se trataba de un esposo con problemas de impulsividad. En esta causa se profundizó sobre las posibles secuelas de los ictus en los enfermos de epilepsia. Puede darse el caso que, sin padecer ningún tipo de anomalía en su conciencia en el momento del consentimiento, los contrayentes puedan estar afectados en su capacidad volitiva de modo permanente⁵⁷. En esta década nos encontramos con otra sentencia, la c. Ferraro de 7

⁵⁴ *Ibidem*, n. 4.

⁵⁵ SRRD 59 (1967) 856-62.

⁵⁶ SRRD 62 (1970) 1151-61.

⁵⁷ *Ibidem*: «Nullum igitur ex actis probatur indicium de automatismo absque conscientia posito, quod maximi momenti esset, cum agatur de morbo organico, epilepsia psychomotoria, etiam clare examine electroencephalographico prodito. Cognito enim morbo in sua natura, quaestio est de effectibus morbi in infirmo, qui remissione morbi gaudet. Etsi perdifficile sit effectus morbi dignoscere in patientibus, qui corripiuntur impulsibus psychomotoriis (Cf. Cantor, Trattato di medicina e di chirurgia ad uso legale, vol. IV, p. 520, Roma 1966), cum peculiaria indicia talium impulsuum pro rebus gestis a Georgio tempore matrimonii omnino desint, sicut supra adnotavimus, illum effectum morbi immunem tunc temporis esse ac plene sui compotem tenendum est».

de octubre de 1971⁵⁸, un pronunciamiento conciso y sencillo, con un *In Iure* muy breve que cita de nuevo el manual de Coronata, y emplea el término madurez de juicio junto a discreción de juicio a la hora de exponer los requisitos de la capacidad para dar un consentimiento válido.

La sentencia c. Egan de 4 de abril de 1981⁵⁹ es muy importante porque recoge toda la jurisprudencia dada hasta el momento sobre epilepsia y porque establece una doble presunción de derecho que se aplicará en sucesivos pronunciamientos: se presume incapacidad cuando se trate de psicosis epiléptica o estados cualificados convulsivos o crepusculares en el momento de contraer las nupcias; se presume capacidad cuando se trate de psicopatía epiléptica (se entiende personalidad epileptoide), más aún cuando lo único que se sabe es que ha padecido crisis alguna vez⁶⁰.

Con el CIC en vigor todavía nos encontramos con *dubium* fijados con anterioridad como: «*ob defectum consensus sua ex parte, et quidem ex psychico morbo*». Se trata de la c. Giannellini de 12 de enero de 1985⁶¹. El pronunciamiento fue negativo puesto que el esposo poseía suficiente capacidad tanto para emitir el consentimiento como para asumir las obligaciones esenciales ya que, gracias al tratamiento, los efectos de la epilepsia se habían desvanecido. En el *In iure* se cita la presunción de la c. Egan de 2 de abril de 1981 y se afirma que la epilepsia, debido a su compleja naturaleza, solo puede ser admitida con cautela como causa que afecta a la inteligencia y a la voluntad de los contrayentes⁶². Esta cautela frente al mal comicial aparece de nuevo en la única sentencia que estudia un caso de pequeño mal. Se trata de la c. Colagiovanni de 18

⁵⁸ SRRD 63 (1971) 724-30.

⁵⁹ SRRD 73 (1981) 210-217.

⁶⁰ *Ibidem*, n. 8: «*Pro incapacitate idonei actus consensus matrimonialis eliciendi stat praesumptio cum agitur de psychosi epileptica in stadio qualificato tempore nuptiarum (et maiore cum ratione quoties sermo est de statibus epilepticis convulsivis vel crepuscularibus eodem nuptiarum tempore), pro capacitate potius stat praesumptio cum agitur de psychopathia epileptica tantum (et maiore cum ratione quoties sermo est de homine de quo nihil aliud cognoscitur nisi eum aliquando correptum esse statibus epilepticis convulsivis vel crepuscularibus)*»

⁶¹ c. Giannellini 12 enero 1985: RRDS 77(1990) 19-30.

⁶² *Ibidem*, n. 2: «*Hanc discretionem seu maturitatem iudicii in numeri mentis morbi totaliter aut ex parte, permanenter aut transeunter, inficere possunt. Inter mentis perturbationes, adnumeratur epilepsia, seu morbus comitialis, qui obeius complexam naturam, aliquando non perfecte cogniam, diverso quidem modo ac gradu intellectum ac voluntatem contrahentis attingere potest*».

de octubre de 1986⁶³. El *In Iure* es bastante elaborado y fundamenta la referida cautela en que la epilepsia afecta solo indirectamente a la inteligencia y a la voluntad. Recogemos la conclusión a la que se llega sobre la repercusión del pequeño mal en la capacidad consensual que, según la jurisprudencia y la doctrina, tiene escasa relevancia⁶⁴.

Otra cautela, en este caso doctrinal, que fue apareciendo en la jurisprudencia era el debate sobre la existencia o no de una verdadera personalidad epileptoide. Encontramos este debate en la c. Jarawan de 4 de abril de 1990⁶⁵ que sentencia afirmativamente una causa por falta grave de discreción de juicio, y en la c. López Illana de 14 de diciembre de 1994⁶⁶, que confirma el capítulo de incapacidad para asumir las obligaciones esenciales, no así el de grave falta de discreción de juicio. En el extenso *In Iure* de esta segunda se afirma que en los estados convulsivos los contrayentes son incapaces, aunque conserven un mínimo de voluntad, por grave defecto de discreción de juicio⁶⁷ y se enuncia con una nueva redacción las presunciones que Mons. Egan formulara.

En la jurisprudencia española encontramos un encendido defensor de la epilepsia como posible causa de falta grave de discreción de juicio. Se trata de Calvo Tojo en su sentencia de 31 de diciembre de 1991⁶⁸. Admitiendo excepciones, claro está, el paciente epiléptico difícilmente podrá gozar de la proporcionada discreción de juicio. Su facultad psicológica de anticipación estará siempre afectada y casi siempre tan mermada que no alcanza el mínimo legal. Podrá así mismo, afirma el canonista gallego, carecer de la indispensable libertad o podrá carecer también y principalmente de valoración crítica de lo que el negocio matrimonial comporta.

⁶³ ME 92 (1987) 226-38.

⁶⁴ *Ibidem*, n. 12: «*Dubium non est quin, sive in maiori quam in minori epylepsia, in ipso comitiali accessu, omnis facultas intellectivo-volitiva adimatur. At, quin hic re-censeatur communis doctrina de lucidis intervallis, quae ad rem aplicari non videntur, doctrina et jurisprudentia concordant in "minori epylepsia" immutationes cerebrales non laedi permanenter vel tam graviter it implant exercitium intellectus et voluntatis, extra episodicum accessum comitalem*».

⁶⁵ RRDS 82 (1994) 290-4.

⁶⁶ RRDS 86 (1997) 687-717.

⁶⁷ *Ibidem*, n. 14: «*In statu, enim, convulsioni epilectici minimum modum delib-rata evolutatis habent, qui cum iuribus et officiis matrimonialibus necnon cum obli-gationibus matrimonii essentialibus rationem serveti deoque incapaces sunt matrimo-nii contrahendi saltem ob gravem defectum discretionis iudicii (Cf. can. 1095, n. 2)*».

⁶⁸ Colectánea de Jurisprudencia Canónica 44 (1996) 325-64.

2.2.2. *Falta grave de discreción de juicio en casos de epilepsia en la doctrina canónica*

Las referencias doctrinales sobre las consecuencias que la epilepsia puede provocar en la facultad crítica de los contrayentes son muy escasas en trabajos publicados antes de la entrada en vigor del CIC. A. Reina enumera las perturbaciones psíquicas que comprometen la facultad crítica, y entre ellas, la epilepsia junto a la personalidad psicopática, esquizofrenia, psicosis maniaco depresiva, oligofrenia y psicosis obsesivas⁶⁹. En 1983 Tricerri publicaba un interesante trabajo sobre la jurisprudencia del apasionante período de redacción del CIC. Cuando hace un elenco de las anomalías y especies nosológicas que pueden ser causa de nulidad por «*inmadurez de juicio*», recoge la epilepsia junto a la esquizofrenia, oligofrenia, paranoia y distimia entre otras⁷⁰.

Estando ya en vigor el CIC, y con cierto bagaje en la aplicación del canon 1.095, detectamos que los canonistas distinguen mejor cuándo la epilepsia afecta a la discreción de juicio y cuándo a la capacidad de asumir. Gutiérrez Martín contempla que en los casos de gran y pequeño mal, estado crepuscular y psicosis puede dar falta de discreción de juicio. En cambio, la psicopatía (personalidad epiléptica) mira más bien a la incapacidad para asumir⁷¹. En 1990 publicaba Aznar Gil otro trabajo sobre jurisprudencia y falta grave de discreción de juicio, en el que se afirma: «*La duda sobre el influjo de la epilepsia en la prestación de un consentimiento matrimonial válido se plantea no cuando el acceso epiléptico se desencadena en el acto del matrimonio, en cuyo caso hay una clara nefasta influencia, sino en la prestación del mismo por una persona epiléptica*»⁷².

García Faílde recoge el principio jurisprudencial de que no todos los epilépticos sufren esas perturbaciones (personalidad epiléptica); que los que las sufren no son en el mismo grado en todos los casos, y por último que no todos los casos graves conllevan grave defecto de discreción de

⁶⁹ A. REINA, *La Incidencia de las perturbaciones psíquicas en el consentimiento matrimonial*, Madrid 1979, 50.

⁷⁰ C. TRICERRI, *La piu recente giurisprudenza della S.R. Rota in tema di incapacità a prestare un valido consenso*: ME 108 (1983) 367.

⁷¹ L. GUTIÉRREZ MARTÍN, ob. cit. (nota 46) 126.

⁷² F. R. AZNAR GIL, *Las causas de la falta de discreción de juicio para el matrimonio en la reciente jurisprudencia rotal*, en CDMPCPF 9, Salamanca 1990, 319.

juicio⁷³. Plantea, además, la hipótesis de un cónyuge afectado de demencia epiléptica, *factispecies* que como tal no aparece en ninguna sentencia rotal. Durante los períodos intercríticos el cónyuge sigue siendo epiléptico y su capacidad se ha de juzgar según los principios enunciados acerca de la capacidad psíquica matrimonial de los que tienen personalidad epiléptica, que puede ser más o menos grave por la repetición de los accesos⁷⁴. Amati dedica un epígrafe de su obra sobre la madurez psico-afectiva y matrimonio a la epilepsia. Contempla esta afección como una de las enfermedades que puede ser causa de nulidad por incapacidad junto a la neurosis, el alcoholismo, la droga y la esquizofrenia, todas englobadas en las psicosis⁷⁵. En cuanto a la incidencia en el consentimiento matrimonial, «*se il paziente contrae matrimonio in stato di demenza epilettica o nello stadio crepuscolare, certamente si deve concludere per una nullità di matrimonio per mancanza di debita discrezione di giudizio. Qualora il paziente recuperasse la funzionalità delle sue facoltà in pienezza, e quindi anche la capacità, emetterebbe un consenso valido*»⁷⁶.

2.3. EPILEPSIA E INCAPACIDAD PARA ASUMIR LAS OBLIGACIONES ESENCIALES

2.3.1. *En la jurisprudencia*

La incapacidad para asumir las obligaciones esenciales vinculada a la epilepsia aparece de forma embrionaria en una sentencia c. Bonet de 18 de diciembre de 1967⁷⁷ concretamente en las aportaciones de los peritos. Se trataba de un caso de psicosis epiléptica padecida por el demandado que tenía alucinaciones, delirios graves, irresponsabilidad y episodios de violencia sexual. Uno de los peritos, recurriendo a la inimputabilidad de los psicóticos, afirmaba que en los casos más graves, en los que el paciente no tiene conciencia de los valores éticos ni del deficiente desarrollo de la propia personalidad, el cónyuge es incapaz

⁷³ J. J. GARCÍA FAÍLDE, *Manual de Psiquiatría Forense Canónica 2ª Ed.*, Salamanca 1991, 285.

⁷⁴ *Ibíd.* 288. Cita la c. Jullien de 30 de julio de 1930.

⁷⁵ A. AMATI, *Maturità psico-affettiva e matrimonio: (can. 1095,2-3 del Codice di Diritto Canonico)*, Libreria Editrice Vaticana 2001, 81. El epígrafe que lo engloba se titula «Patologías de la afectividad».

⁷⁶ *Ibíd.*

⁷⁷ c. Bonet 18 diciembre 1967: SRRD 59 (1967) 856-62.

pues no puede cumplir con las obligaciones al no poder valorarlas⁷⁸. No volvemos a encontrar referencia alguna a la incapacidad para asumir en la jurisprudencia rotal sobre epilepsia hasta las dos sentencias de Mons. Egan, ambas dadas antes de la entrada en vigor del CIC. Ya hicimos referencia a la primera⁷⁹, al tratar la falta grave de discreción de juicio. La segunda sentencia⁸⁰ se trataba de un caso de psicopatía epileptoide y el consentimiento no había coincidido ni con el curso de una crisis ni con un estado crepuscular. Mons. Egan se preguntaba si el que padece personalidad epiléptica es incapaz de asumir las obligaciones esenciales como lo son las ninfómanas o los homosexuales que son incapaces para la cópula. La respuesta fue negativa porque, aplicando de forma restrictiva la *incapacitas assumendi*, las obligaciones se circunscriben al *ius in corpus* como objeto del consentimiento. El amor y la convivencia escapan de la materia que pueda ser dilucidada en una causa de nulidad matrimonial.

En la sentencia c. Bruno de 27 de marzo de 1992⁸¹ encontramos que la cautela a la que hemos hecho referencia constituye ya una línea jurisprudencial que, a priori, concibe que la epilepsia no es una anomalía psíquica responsable de incapacidad consensual⁸². Se describe la personalidad epileptoide con los clásicos rasgos de irritabilidad, violencia, egocentrismo, labilidad emocional, hiperreligiosidad, obstinación, etc. y, como hiciera la sentencia c. Egan de 22 de abril de 1982, afirmó que son rasgos que pueden repercutir en las relaciones interpersonales y en la vida familiar y social. Si bien, en este caso concreto, no se probó que se tratara de una verdadera incapacidad para asumir sino de mera dificultad. El decreto confirmatorio c. López Illana de 14 de diciembre de 1994⁸³ sigue la estela de las presunciones que Mons. Egan formulara. También se une a la línea restrictiva acerca de la personalidad epileptoide de la c. Bruno que acabamos de mencionar. No se consideró probado

⁷⁸ Ibídem, n. 16: «*certitudo de officiis quibus libet non adimplendi sub defectum aestimationis, ac proinde qui laborant eius modi limitatione dici debent incapaces contrahendi*».

⁷⁹ c. Egan 2 abril 1981: SRRD 73 (1981) 210-17.

⁸⁰ c. Egan 22 abril 1982: ME 107 (1982) 331-43.

⁸¹ c. Bruno 27 marzo 1992: RRDS 84 (1995) 151-61.

⁸² Nos encontramos con este principio como sigue: «*Sed quaeritur: qui "psychopathia epileptica" laborat, capax retinendus est assumendi essentialia onera coniugii? Per se de eius habilitate dubitari nequit a priori*». Cf. Ibídem n. 5.

⁸³ c. López Illana 14 diciembre 1994: RRDS 86 (1997) 687-717.

que el demandado, que padecía epilepsia y alcoholismo, contrajera sin la suficiente discreción de juicio. Lo cierto es que en el *In facto* no se analizó en profundidad la capacidad del esposo para instaurar una comunidad de vida y amor, pero, sorprendentemente, al final del decreto, se afirma que, atendiendo a su patológica condición psíquica, el demandado no era capaz de asumir las obligaciones esenciales⁸⁴. No se especifica qué se entiende con esta «condición psíquica patológica» que parece indicar más un trastorno de la personalidad que una patología. El debate médico que ponía en duda la existencia de una verdadera psicopatía epileptoide también llegó a la jurisprudencia canónica. Lo comprobamos en la c. Defilippi de 5 de marzo de 1996⁸⁵, sentencia negativa y restrictiva en muchos aspectos y también en la forma de aplicar la incapacidad del número tercero del cn. 1095.

Conforme avanzamos cronológicamente en el estudio de la Jurisprudencia Rotal, se reafirma la «sospecha» de que la mayoría de los epilépticos son personas perfectamente integradas en la vida social y, por lo tanto, capaces de contraer matrimonio válidamente. Mons. Caberletti recoge esta afirmación en su elaborado decreto confirmatorio de 17 de noviembre de 2008⁸⁶. En este pronunciamiento, que no se limita a citar de segundas, encontramos referencias a García Faílde y Zuanazzi, quienes se manifiestan claramente cautelosos con las presunciones que se aplicaban en otros tiempos a los casos de nulidad matrimonial de cónyuges afectados de epilepsia.

Frente a esa afirmación de la perfecta integración social de los epilépticos, se alzan dos pronunciamientos que tratan de cónyuges que viven en grave conflicto con su enfermedad. Ambos son de Mons. Erlebach. El primero es un decreto que responde negativamente a la petición revisión de la causa⁸⁷ por parte de un esposo muy ofendido por el pronunciamiento *pro nullitate*, ya que no reconoce que padece epilepsia. El

⁸⁴ Ibídem, n. 62: «*attenta eius pathologica condicione psychica, obligationes matrimonii essentielles consensu matrimoniali assumere non valuisse propter suam incapacitatem ex causis naturae psychicae provenientes*».

⁸⁵ c. Defilippi 5 marzo 1996: RRDS 88 (1999) 183-203. Cita varias sentencias anteriores y en concreto esta reserva frente a la personalidad epileptoide que ya formuló la c. Lanversin de 20 de marzo de 1985.

⁸⁶ c. Caberletti 17 noviembre 2008 decreto inédito. Ibídem 237-8: «*Ai fini della giustizia canonica bisogna dichiarare con vigore che la maggior parte dei soggetti affetti da epilessia hanno un normale adattamento sociale*».

⁸⁷ c. Erlebach 22 mayo 2010 Inédito.

segundo es la sentencia inédita c. Erlebach de 14 de abril de 2011⁸⁸. La esposa, que desde la adolescencia vivía en conflicto con la enfermedad, no fue capaz de asumir las obligaciones esenciales porque el estigma social de la epilepsia había influido muy negativamente en su desarrollo psicológico. El ponente recogió el dictamen de uno de los peritos que califica la anomalía de trastorno psico-emotivo⁸⁹ que truncó el proceso madurativo de la esposa. Esta es la única sentencia en la que se diagnostica trastorno de la personalidad como tal a un epiléptico y se considera probada la relación causal entre el mal comicial y la incapacidad para asumir las obligaciones esenciales del matrimonio.

Terminamos este recorrido cronológico con la c. Monier de 21 de mayo de 2013⁹⁰. Se trata de la nueva proposición de una causa después de dos sentencias negativas sobre grave falta de discreción de juicio. Se propone en primera instancia la incapacidad para asumir como sugirió Zuanazzi en su informe pericial de segunda instancia. En el *In Iure* no se menciona la epilepsia porque, aunque es cierto que la esposa la padecía, los problemas de convivencia no se debían tanto a esta perturbación cuanto a anomalías estructurales en la personalidad de la demandada. En el foro civil se le había retirado la custodia de la hija por padecer «*disturbi maniacali di marca paranoicale con particolare riferimento allasfera sessuale*»⁹¹. Los jueces hicieron suyo el dictamen del perito que consideró a la demandada incapaz de asumir las obligaciones esenciales del matrimonio⁹².

De la Jurisprudencia de los Tribunales españoles merece la pena traer a colación algunas interesantes aportaciones. En una sentencia de Vicente Subirá⁹³ encontramos ya en 1973 invocada la causal de la

⁸⁸ c. Erlebach 14 abril 2011 Inédito.

⁸⁹ *Ibidem*, n. 12: «*Gravis fuit non solum morbus comitialis Actricis in seipso perspectus, sed etiam quod attinet ad sua consecutaria relate ad aequilibrium psycho-emo-tivum eiusdem puellae. Iuxta Prof. Tonali certum est quod agebatur de "trauma psicoemotivo", qua re hic morbus fuit pro Actrice "gravemente limitante e con rilevanti ripercussioni per la paziente sul piano psicosociale"*».

⁹⁰ c. Monier 21 mayo 2013 Inédita.

⁹¹ *Ibidem*, n. 19.

⁹² *Ibidem*: «*Pro Perito minime agitur de indolis incompatibilitate sed de vera incapacitate psicopatologicamente determinata, di stabilire una relazione coniugale a livelli minimi di competenza, di assumere e adempiere gli obblighi essenziali del matrimonio*».

⁹³ c. Subirá 20 mayo 1978: Colectánea de Jurisprudencia Canónica 16 (1982) 48-61.

incapacidad para asumir las cargas conyugales. El ponente analizó no solo la capacidad para dar el consentimiento, sino también las reacciones temperamentales o posturas raras y absurdas del referido cónyuge (que abandonó el domicilio conyugal) llegando a constatar «una incapacidad de orden fáctico para asumir las obligaciones inherentes a la vida conyugal»⁹⁴. Este pronunciamiento fue afirmativo a la causal, no así el de Pérez Ramos dado en 1981⁹⁵. El esposo no se quiso someter a la pericia, por lo que no se pudo averiguar qué tipo de epilepsia padecía ni tampoco si la presentaba y en qué grado a la hora de dar el consentimiento «de forma que ya inicialmente lo disminuyera gravemente para el estado matrimonial y el cumplimiento de sus deberes fundamentales»⁹⁶. La tercera sentencia del período precodicial fue dada por Vivó Undabarrena⁹⁷.

Gil de las Heras también estudió la causal que nos ocupa, aunque no se invocara como tal, en la sentencia que dio el 1 de junio de 1984⁹⁸. En la misma, siguiendo el dictamen de los peritos, vio claramente probado que la epilepsia que padecía el esposo desde antes de contraer las nupcias le incapacitaba para asumir las obligaciones conyugales. En otra de Bernardo Alonso leemos: «Que entre las causas de naturaleza psíquica de las que puede derivar la incapacidad para asumir las obligaciones esenciales del matrimonio se encuentre la epilepsia, es algo que a nadie se le oculta»⁹⁹.

Finalmente, de la jurisprudencia de los tribunales diocesanos merece recordar que Calvo Tojo afirma que «limitar, por tanto, la repercusión de las epilepsias a los momentos aura-crisis-crepúsculo, es un reduccionismo que contradice las conclusiones, hasta ahora ciertas, de la ciencia psiquiátrica»¹⁰⁰. Porque el paciente celebra el matrimonio casi siempre en estado de reposo de la alteración; lo que no significa, lógicamente que no esté «viperinamente larvada la desarmonía en el psiquismo». Para

⁹⁴ Ibídem, n. 16.

⁹⁵ c. Pérez Ramos 21 noviembre 1981: A. PÉREZ RAMOS, *Matrimonios nulos: Jurisprudencia canónica actual*, Pamplona 1991, 306-10.

⁹⁶ Ibídem, n. 19.

⁹⁷ c. Vivó Undabarrena s.f.: Boletín de la Facultad de Derecho UNED 13-14 enero (1985) 185-205.

⁹⁸ c. Gil de las Heras 1 junio 1984: Revista de Derecho Privado 68 (1984) 1142-6.

⁹⁹ c. Alonso Rodríguez 22 marzo 1993: Colectánea de Jurisprudencia Canónica 41 (1994) n. 9.

¹⁰⁰ c. Calvo Tojo 31 diciembre 1991: Colectánea de Jurisprudencia Canónica 44 (1996) n. 7.1.

el canonista compostelano nadie puede negar que durante los períodos de aura-crisis-crepúsculo lo que falta es el mismísimo uso de razón (cn. 1095, 1º). En los demás supuestos lo que está en juego es la capacidad crítica o, cuanto menos, la capacidad para asumir las obligaciones esenciales del matrimonio (cn. 1095, 2º y/o 3º).

2.3.2. *Presencia en los manuales de la incapacidad para asumir las obligaciones esenciales provocada por epilepsia*

Podemos distribuir en dos grupos los autores que recogen la epilepsia como posible causa de naturaleza psíquica que provoca incapacidad para asumir las obligaciones esenciales: los que aceptan pacíficamente que se pueden dar casos de nulidad por esta causal, puesto que la epilepsia es una anomalía que puede perturbar gravemente la comunidad de vida y amor haciéndola imposible; y los que no ven que la personalidad epileptoide, muy discutida, pueda llegar a afectar al matrimonio *in facto esse*.

Entre los primeros se encuentran Víctor Reina, quien, recién publicado el CIC, escribía que entre las patologías que pueden encuadrarse en las causas de naturaleza psíquica está la epilepsia¹⁰¹; Gutiérrez Martín que contemplaba la epilepsia psicopática fuera de los estados convulsivos y crepusculares relacionada con el objeto del consentimiento y, en consecuencia, con la *capacitas assumendi*¹⁰²; y Lourdes Ruano que afirma que en los casos más graves que se produce un deterioro de la personalidad puede verse afectada la capacidad para la relación interpersonal¹⁰³. Mucho antes que todos ellos Mons. Lanversín, citando la sentencia c. Lefebvre de 30 de marzo de 1968¹⁰⁴, no tenía reparo en afirmar que esta enfermedad afecta no solo a la inteligencia y voluntad en grados diversos, sino que en casi todos los casos, esta enfermedad afecta al psiquismo en sí. Ello se nota en particular en una falta de «ideación», la mayor parte de las veces agravada por el consumo de barbitúricos y calmantes acompañada de una impulsividad más o menos grande, que

¹⁰¹ V. REINA, *Lecciones de Derecho matrimonial II*, Barcelona 1983, 81.

¹⁰² L. GUTIÉRREZ MARTÍN, *La incapacidad para consentir en el matrimonio canónico*, en CDMPCPF 6, Salamanca 1984, 90.

¹⁰³ L. RUANO ESPINA, ob. cit. (nota 45) 151-2. Cita ampliamente la sentencia c. Gil de las Heras 1 junio 1984.

¹⁰⁴ c. Lefebvre 30 marzo 1968: SRRD 60 (1968) 271-6.

son los caracteres de la «personalidad epiléptica», incluso cuando los accesos son raros¹⁰⁵.

García Blázquez afirma que hay sentencias rotales que conceden la nulidad a epilépticos cuya incapacidad para la vida de relación familiar quedó demostrada pericialmente. El consentimiento puede estar viciado aun cuando el enfermo consienta en un período de normalidad (fuera de ictus y estado crepuscular) porque la vida familiar puede ser inviable. No entra en la cuestión de la personalidad epileptoide pero sí que advierte que hay que tener en cuenta la potencial peligrosidad de los epilépticos, sobre todo de epilepsias focales del lóbulo temporal¹⁰⁶. Amigo Revuelto también hace referencia a la clásica personalidad violenta de los epilépticos. Citando la obra de Schneider¹⁰⁷, que clasificaba las psicopatías en varios grupos, menciona la epilepsia en el grupo de los «*Los explosivos o epileptoïdes los esquizoides, los asténicos y psicasténicos, los fanáticos*»¹⁰⁸. En su ponencia en el Simposio de Salamanca de 1986 sobre la libertad interna, Panizo también hacía referencia a la impulsividad de los epilépticos¹⁰⁹.

Ya en este siglo, Amati encuadra la epilepsia dentro de las psicosis junto a las neurosis, el alcoholismo, la droga y la esquizofrenia. Recoge la repetida clasificación de los cinco fenómenos que pueden darse en el mal comicial, y entre ellos la psicopatía epiléptica, que denota comportamientos anormales en la vida social como egocentrismo, irritabilidad, impulsividad, dureza y obstinación. También habla del carácter epiléptico como un proceso de deterioro que puede llegar a afectar a la afectividad¹¹⁰. La demencia es un paso más en la cual todas las funciones mentales, en grado diverso, pierden consistencia y tensión. Y precisamente contempla como posible causa de incapacidad consensual la demencia epileptoïde¹¹¹.

¹⁰⁵ B. DE LANVERSIN, *L'évolution de la jurisprudence récente de la S. Rote en matière de maladies mentales*: AC 15 (1971) 406.

¹⁰⁶ M. GARCÍA BLÁZQUEZ, ob. cit. (nota 48) 274.

¹⁰⁷ K. SCHNEIDER, *Les personalités psychopathiques*, París 1955.

¹⁰⁸ F. AMIGO REVUELTO, ob. cit. (nota 41) 231.

¹⁰⁹ S. PANIZO ORALLO, *La falta de libertad interna en el consentimiento matrimonial*, en CDMPCPF 7, Salamanca 1986, 269.

¹¹⁰ A. AMATI, *Maturità psico-affettiva e matrimonio: (can. 1095,2-3 del Codice di Diritto Canonico)*, Città del Vaticano 2001, 81.

¹¹¹ *Ibidem*: «*In caso ancora di demenza epileptica, è ovvio che il soggetto è incapacitato a costituire una relazione interpersonale coniugale e un giudizio sulla validità del consenso viene di conseguenza (c. 1095, 2-3)*».

García Faílde es un exponente claro de la evolución que la psiquiatría forense ha experimentado en cuanto a la incapacidad para asumir las obligaciones esenciales de los epilépticos. En su manual publicado en 1991 afirma que la personalidad epiléptica puede incapacitar *al epiléptico* para realizar y por lo tanto para constituir la relación interpersonal matrimonial¹¹². En el manual publicado en 2003 parte de la presunción de que no es admisible la incapacidad para asumir del epiléptico y habrá que estudiarse caso por caso si se quiebra este principio¹¹³. En cuanto a la personalidad epileptoide advierte que es una teoría ya científicamente abandonada y que si bien en algunos casos (muy pocos dados los avances en los tratamientos) se dan algunos trastornos, estos no son exclusivos de los epilépticos¹¹⁴. García Faílde expone que los epilépticos pueden desarrollar comorbilidades psiquiátricas como la personalidad límite que puede suponer un obstáculo para la asunción de las obligaciones esenciales «y entonces esa incapacidad provendría no tanto de la supuesta personalidad epiléptica cuanto del trastorno de personalidad asociado»¹¹⁵.

Entre los que no conceden a la epilepsia, y en concreto a la personalidad epileptoide, fuerza invalidante se encuentra Vaquero Cajal, que defiende que el estereotipo y los estigmas asociados a los epilépticos han mitificado la sensación entre los profanos de que existe un trastorno omnipresente del intelecto y la conducta. Y que la opinión actual es que dichos cambios, cuando existen, no son ocasionados por la epilepsia en sí, sino por el proceso causal de las crisis (la lesión cerebral subyacente) o los múltiples factores asociados al proceso¹¹⁶. Niega taxativamente que

¹¹² J. J. GARCÍA FAÍLDE, *ob. cit.* (nota 73) 289: «Esto se vislumbra o se insinúa en alguna sentencia rotal que hace consistir la eficacia incapacitante de la epilepsia no solo en un defecto de consentimiento suficiente sino también en un deterioro residente en la persona misma del epiléptico».

¹¹³ Esta máxima de estudiar caso por caso también la encontramos en García Blázquez, que advierte en este sentido: «Una vez más hay que insistir en que cada caso ha de ser estudiado y valorado aisladamente en la asociación binomial de la pareja. No puede afirmarse de entrada que todo epiléptico es incapaz de mantener una vida normal dentro de la sociedad conyugal. La calidad de las crisis, la cantidad de éstas, los estímulos exógenos que las pueden desencadenar, etc., serán circunstancias determinantes». Cf. M. GARCÍA BLÁZQUEZ, *ob. cit.* (nota 48) 273.

¹¹⁴ J. J. GARCÍA FAÍLDE, *ob. cit.* (nota 49) 203.

¹¹⁵ *Ibidem*.

¹¹⁶ F. VAQUERO CAJAL, *Lúcidos intervalos a la luz de la psiquiatría*, en CDMPCPF 12, Salamanca 1996, 149.

se pueda hablar de una constitución epileptoide o «personalidad epiléptica». Los raros cambios conductuales en la epilepsia son inespecíficos, destacando las variaciones del estado emocional sin llegar a la clara patología. La patología caracterial (desestructuración de la personalidad) es provocada por la misma patología cerebral responsable de las crisis epilépticas.

El perito de la Rota Romana Zuanazzi también se encuentra entre los que afirman que no está demostrado que la epilepsia esté ligada a un tipo de personalidad que impida la relación afectiva conyugal. Afirma: «*esistono fattori psicogeni, dovuti alle difficoltà social individuali che l'epilettico incontra, e può riscontrarsi un'azione specifica della malattia sul carattere, "non tanto per la crisi convulsiva in genere, quanto per la localizzazione della scarica"*»¹¹⁷. Según este autor las alteraciones psíquicas que acompañan a la epilepsia son mucho menores de lo que se pensaba en el pasado. No existe proporción directa entre la gravedad de las crisis y una eventual enfermedad psíquica. Raramente se presentan trastornos psíquicos crónicos y se puede hacer una vida normal si, mediante el tratamiento, las crisis están controladas. Los casos de psicosis graves son muy raros y hoy se sabe que los casos de demencia epiléptica como consecuencia de la repetición de las crisis no superan el 15%.

Terminamos este epígrafe doctrinal con uno de los aspectos a nuestro juicio más interesantes y menos estudiados, cual es la incidencia de la epilepsia sobre la vida sexual de los cónyuges. En su artículo sobre la capacidad consensual del epiléptico publicado en 1984, Serra invitaba a mirar más allá del acto consensual y a analizar si la personalidad y la integridad psíquica del paciente y su vida sexual se han visto afectadas por el mal comicial¹¹⁸. García Blázquez alude al miedo que viven los esposos ante las relaciones sexuales, puesto que estas pueden ser un estímulo desencadenante de una crisis por sobretensión emocional. «*Cuando esta situación se repite durante un cierto tiempo se puede llegar a una impotencia coeundi por vía refleja, como mecanismo defensivo a las tan temidas crisis*»¹¹⁹. En una obra de más reciente publicación también se afirma

¹¹⁷ G. ZUANNAZZI, *Psicologia e psichiatria nelle cause matrimoniali canoniche*, Citta del Vaticano 2006, 154.

¹¹⁸ C. SERRA, *La capacità matrimoniale dell'epilettico: AA. VV., Giustizia e servizio. Studi sul nuovo codice di diritto canonico in onore di Mons. G. De Rosa*, Napoli 1984, 294.

¹¹⁹ M. GARCÍA BLÁZQUEZ, ob. cit. (nota 48) 273.

que la hiposexualidad y la impotencia pueden ser alteraciones psíquicas concomitantes con el mal comicial¹²⁰.

3. CUESTIONES A PROFUNDIZAR SOBRE LA INCIDENCIA DE LA EPILEPSIA EN LA CAPACIDAD CONSENSUAL

Terminado este recorrido por las causales que positiviza el c. 1095 exponemos algunas cuestiones doctrinales en las que nos parece oportuno profundizar. Comenzamos por la cuestión de la posibilidad de una verdadera curación de la afección epileptoide gracias a los antiepilépticos, que como la mayoría de los medicamentos, no están exentos de efectos secundarios.

3.1. LA CURACIÓN DE LA EPILEPSIA

En la jurisprudencia antigua se daba un cierto fatalismo que alejaba a los jueces de la realidad. Este consistía en no confiar en la capacidad de la medicación para sanar las perturbaciones psiquiátricas. En el campo de la epilepsia el fatalismo se mostraba no solo en los límites de la medicación, también en uno de los principios incontestables durante décadas: las repetidas crisis epilépticas provocaban en el enfermo un proceso de demenciación irreversible¹²¹.

A final de la década de los setenta vemos como este principio dejaba de estar vigente. Cervera –Santos– Hernández exponían: *«se afirma sin duda alguna que las demenciones descritas por los autores clásicos en los estudios avanzados del desarrollo de una epilepsia habían pasado a la historia, con los tratamientos que se desarrollaban era raro incluso que se*

¹²⁰ C. BARBIERI – A. LUZZAGO – L. MUSSELLI, *Psicopatologia forense e matrimonio canonico*, Citá del Vaticano 2005, 146: *«Quelle forme epilettiche in cui l'organizzazione della personalità di base, oppure il mutamento dell'assetto di personalità successivo all'insorgenza della malattia nonché le alterazioni psichiche concomitanti ai disturbi comiziali abbiano evidente ripercussioni sulla convivenza coniugale. Distuebi fobici ed ossessivi, depressione, agresivita etero-diretta in corso di crisi temporali o comunque in statu di coscienza alterato, iposesualità ed impotenza sessuale».*

¹²¹ En la sentencia c. Jullien 30 julio 1932, n. 3, la c. de Felicede 12 de diciembre de 1970 y la c. Filipiakde 17 de febrero de 1968.

repitieran crisis paroxísticas graves y, desde luego, las demenciones eran desconocidas»¹²².

Como consecuencia de la aparición de nuevos tratamientos que consiguen resultados hace años inimaginables, hemos detectado un cierto optimismo que podríamos calificar de irresponsable. Afirmamos esto porque no se tiene en cuenta, en primer lugar, que no es lo mismo hablar de remisión de las crisis que de curación de la epilepsia, y en segundo lugar que no siempre podemos hablar de completa curación de la epilepsia.

García Faílde recoge tres nociones que se pueden emplear para referirnos a aquellas situaciones en las que el paciente se encuentra en un estado suficientemente satisfactorio como para poder llevar una vida social y personal «normal», ya que el paciente es «dado de alta» aunque siga un tratamiento ambulatorio¹²³ y la enfermedad siga latente¹²⁴. Unos hablan de enfermos curados con una patología residual irrelevante¹²⁵, otros de «curación social»¹²⁶ y también de «curación con defecto»¹²⁷. En el manual publicado en el 2003 García Faílde es tajante al afirmar que la epilepsia es curable¹²⁸.

Ya a comienzos de la década de los setenta encontramos notas de este optimismo¹²⁹. En el trabajo publicado por Cervera –Santos– Hernández en 1978 se afirmaba que el número de enfermedades mentales con cura gracias a tratamientos eficaces era elevadísimo¹³⁰. Diez años después afir-

¹²² S. CERVERA – F. SANTOS – E. HERNÁNDEZ, *La psiquiatría y la función del perito en las causas matrimoniales: Ius Canonicum* 18 (1978) 283.

¹²³ J. J. GARCÍA FAÍLDE, ob. cit. (nota 73) 117.

¹²⁴ *Ibidem* 281.

¹²⁵ S. CERVERA et al., art. cit. (nota 122) 286.

¹²⁶ c. Mattioli 28 noviembre 1957: SRRD 49 (1957) 775; c. Pucci 25 noviembre 1970: SRRD 62 (1970) 1065.

¹²⁷ G. MOGLIE, *Manuale di Psichiatria*, Roma 1946, 205-6.

¹²⁸ J. J. GARCÍA FAÍLDE, ob. cit. (nota 49) 201.

¹²⁹ Nos ha sorprendido esta cita de una sentencia sobre esquizofrenia de hace cuarenta años: «*mediante una adecuada curación hecha a tiempo puede conseguirse la remisión total de la enfermedad y ello basta para recuperar la capacidad de prestar un consentimiento válido incluso en los asuntos de mayor importancia. En los casos de verdadera curación no hay que dudar de la capacidad del sujeto para contraer matrimonio*». Cf. c. Parisella 22 marzo 1973: SRRD 65, 282 n. 9.

¹³⁰ Leemos en el artículo: «*el establecimiento de un tratamiento correcto es capaz en muchos casos de interferir el proceso de manera que disminuye la duración de los brotes o fases y retrasa o anula la aparición posterior del proceso. En casi todas las*

maba Ballús Pascual en el Simposio de Salamanca que la psiquiatría había prosperado de forma notable en la mayoría de sus capítulos desde sus inicios, y mayoritariamente «a lo largo de los últimos treinta años». Uno de los aspectos en los que más rápidamente había evolucionado era el de la medicación, «que nos ha llevado a disponer en los últimos años de un arsenal terapéutico verdaderamente efectivo en tal grado y medida que esto ha permitido replantear bastantes de las hipótesis y teorías en torno, por ejemplo a la psicosis esquizofrénica, a los trastornos afectivos, etc.»¹³¹. En su manual publicado en 1991 García Faílde escribía respecto a la epilepsia: «Con los modernos tratamientos es raro incluso que se repitan crisis paroxísticas graves, el ya bastante antiguo tratamiento convulsionante, sobre todo el electro shock, aplicado apropiadamente, cura en seis u ocho sesiones al 85% de los pacientes de los que solamente un 15% recaerá; un 84% de los reincidentes puede ser curado con un nuevo tratamiento»¹³². A los tratamientos hay que añadir los avances en la neurocirugía.

Ante este optimismo hemos de reclamar prudencia. Wrenn afirmaba en su artículo sobre epilepsia y matrimonio publicado a comienzos de los setenta, que, aunque la medicación puede curar algunos trastornos del comportamiento, en los casos más graves los sujetos pueden seguir siendo incapaces de cumplir con las responsabilidades más elementales de un padre y un esposo¹³³. Polaino – Lorente advertía en 1994 a propósito de la esquizofrenia, que hasta en un 10% de los trastornos esquizofrénicos obtenían la curación casi completa. Pero en esos casos, la esquizofrenia deja casi siempre un residuo, residuo desde el cual esta

enfermedades esto lleva consigo la disminución del riesgo de secuelas y de los estados más graves a los que conduce la evolución espontánea de la enfermedad. En la práctica clínica ya no se ven enfermedades mentales ajustadas a las descripciones de los tratados clásicos». Cf. S. CERVERA ET AL., art. cit. (nota 122) 285-6.

¹³¹ C. BALLÚS PASCUAL, *Las pericias psicológicas y psiquiátricas en los casos de nulidad matrimonial*, en CDMPCPF 8, Salamanca 1989, 326.

¹³² J. J. GARCÍA FAÍLDE, ob. cit. (nota 73) 113. Faílde afirmaba que psiquiatras norteamericanos consideraban, en relación con la psicosis esquizofrénica, que la esquizofrenia se podía curar en sí misma y no solo en sus síntomas y citaba las sentencias c. Sabattani 22 octubre 1959: SRRD 51, 460 y c. Stankievicz 5 abril 1979: ME 104 (1979) 433. Y concluía que todavía tenían vigencia las palabras de esta sentencia de c. De Jorio 19 diciembre 1961: c. De Jorio Decano, *Selectae Sententiae*, Roma 1985, 119.

¹³³ L. J. WRENN, art. cit. (nota 39) 99.

puede reactivarse en el futuro¹³⁴. También se advierte que los fármacos en ocasiones no consiguen más que pseudorremisiones. Hay que analizar bien si no estamos ante un estado residual en el que permanecen alteraciones en la personalidad y el comportamiento¹³⁵. Y sobre todo hay que analizar si, como es el caso de la epilepsia, controladas las crisis no han quedado secuelas en la capacidad relacional. Gil de las Heras, defensor acérrimo de la perpetuidad casi hasta el final de sus días, hacía gala en cambio de esta prudencia al afirmar que no es fácil saber cuándo nos encontramos ante una anomalía curable o no, cuando los mismos profesionales no se ponen de acuerdo. «*No sería incurable por el mero hecho de que el enfermo no quiere curarse a no ser que este “no querer” sea propio de la misma enfermedad, es decir que la misma anomalía psíquica le lleva a no querer curarse, bien porque no se siente enfermo, o bien por otros motivos*»¹³⁶.

3.2. LOS EFECTOS SECUNDARIOS DE LA MEDICACIÓN

3.2.1. *En la jurisprudencia*

Como decíamos al principio de este epígrafe, los efectos secundarios de la medicación apenas son tenidos en cuenta. En la jurisprudencia estudiada hemos visto que tuvo que pasar tiempo hasta que los rotales empezaran a valorar esta cuestión. En la etapa precodicial casi ni

¹³⁴ A. POLAINO – LORENTE, *Cuadros psicopatológicos en cuanto que afectan a la validez matrimonial: el punto de vista de la psiquiatría*, en J. A. FUENTES, *Incapacidad consensual para las obligaciones matrimoniales*, Pamplona 1994, 240-1.

¹³⁵ «*Conviene recordar aquí que pueden darse estados residuales: después de un episodio esquizofrénico agudo o subagudo típico se establece (sea espontáneamente o sea bajo el influjo de las terapias) una remisión de la sintomatología más evidente y clamorosa que no es ni mucho menos una curación o sanación propiamente dicha, en cuanto que permanecen alteraciones residuales que se pueden esquematizar (independientemente de su gravedad) en un cambio de la personalidad y en síntomas accesorios. Las modernas terapias, en particular las terapias con fármacos, crean pseudorremisiones: mientras el concepto de defecto implica el de un estadio de genérica inactividad de la enfermedad, los psicofármacos frecuentemente logran únicamente bloquear o camuflar la sintomatología más evidente*». Cf. S. RAVINA BELTRAMI, *Interpretación y aplicación del Canon 1095.3 del Código de Derecho Canónico*, Granada 2006, 152.

¹³⁶ F. GIL DE LAS HERAS, *El Juez antes las anomalías psíquicas*, en J. A. FUENTES, *Incapacidad consensual para las obligaciones matrimoniales*, Pamplona 1994, 281-2.

se menciona. La primera referencia la encontramos en la sentencia c. Lefebvre de 30 de marzo de 1968, que afirma que en los períodos intercríticos se pueden dar afecciones psíquicas agravadas por el uso de los antiepilépticos¹³⁷.

En la sentencia c. Egan de 2 de abril de 1981 el ponente exponía que una de las posibles causas de la cuestionada personalidad epileptoide son los efectos de la medicación administrada para controlar las crisis¹³⁸. Leyendo la sentencia c. Giannechini de 12 de enero de 1985¹³⁹ sorprende que no se profundizara en el hecho de la reaparición de la actividad paroxística a los dos años de contraer matrimonio ¿Hubo algún problema con el tratamiento? ¿Por qué tuvo esa crisis? Los peritos hablaban de la «espada de Damocles» que pesa sobre los epilépticos. No se decía nada de los efectos secundarios de los antiepilépticos. El ponente, siguiendo el dictamen de los peritos, determinó que el esposo poseía suficiente aunque no plena capacidad para emitir el consentimiento y también capacidad para asumir las obligaciones esenciales del matrimonio puesto que los efectos de la epilepsia gracias al tratamiento «se habían desvanecido».

En el pronunciamiento que Mons. De Lanversin dio el 20 de marzo de 1985¹⁴⁰ también se trató la cuestión de la medicación. El esposo argüía que desde el comienzo de la convivencia la esposa se ponía violenta como consecuencia del tratamiento. Pero esto no fue considerado probado. Los Peritos llegaron a la conclusión de que la medicación que la demandada tomaba no alteraba su condición psicofísica. La esposa padecía problemas de frigidez según el esposo actor. En la sentencia se negó tal cosa y no se profundizó en la posible relación causa efecto entre este problema de la esfera sexual y los neurolépticos.

La actora de la sentencia c. Bruno de 27 de marzo de 1992¹⁴¹ trató de demostrar que los problemas de la convivencia tenían su raíz en la poca seriedad del demandado a la hora de seguir su tratamiento. Ni

¹³⁷ c. Lefebvre 30 marzo 1968, n. 4.

¹³⁸ c. Egan 2 abril 1981: SRRD 73 (1981) n. 8.

¹³⁹ c. Giannechini 12 enero 1985, n. 12: «*Consequentiae morbi evidenter erant pror sus diversae, ut demonstrant officia et onera per decem annos et ultra optime expleta ab actore. Actor certo adhuc morbo comitali laborat, sed morbi consequentiae ad nihilum reductae sunt*».

¹⁴⁰ c. De Lanversin 20 marzo 1985: RRDS 77 (1990) 166-79.

¹⁴¹ c. Bruno 27 marzo 1992: RRDS 84 (1995) 151-61.

tomaba la medicación prescrita, ni acudía regularmente a las revisiones neurológicas. El ponente se centró más en las ramas del árbol que en las raíces y concluyó que los problemas constituían meras dificultades para la vida conyugal. No se profundizó, por lo menos en la sentencia, en la cuestión de cómo llevaba el esposo el tratamiento y en todo caso, no se mencionaban los posibles efectos secundarios del mismo¹⁴².

En la *factispecies* de la sentencia c. López Illana de 14 de diciembre de 1994¹⁴³ se expuso el caso de un epiléptico con problemas con el alcohol. Los jueces no consideraron probado que el alcoholismo y la epilepsia provocaran la falta grave de discreción de juicio aunque sí estimaron la incapacidad para asumir las obligaciones esenciales. Suele existir una base personal de inmadurez, como es el caso, aunque no se diagnosticara así, que impide al enfermo asumir su enfermedad y una forma de rebelarse contra la misma es mezclar el alcohol con antiepilépticos. En esta causa los peritos sí que estudiaron las posibles repercusiones sobre la capacidad consensual del tratamiento. El esposo demandado de la sentencia c. Defilippi de 5 de marzo de 1996¹⁴⁴ también tenía problemas con el tratamiento. Llegó a estar hospitalizado por una intoxicación. Uno de los peritos expuso que la hospitalización fue necesaria por los adversos efectos secundarios de la medicación.

En la sentencia c. Monier de 16 de noviembre de 2007 encontramos desarrolladas con más profundidad las posibles repercusiones de la medicación. Cita una sentencia inédita c. Boccafolo de 13 de junio de 2002 que enumera los efectos de la medicación entre las posibles causas de incapacidad consensual¹⁴⁵. La sentencia c. Defilippi de 1 de Julio

¹⁴² *Ibidem*, n. 5: «*Nunc autem epilepticus, etiamqui s.d. "malo magno" laborat, si medicamenta constanter et apto modo sumat, accessus morbi non solum reducere, sed et suppressere valet, et evolutionem morbi praepediens, vitam fere normalem etiam in matrimonio ducere potest.*».

¹⁴³ c. López Illana 14 diciembre 1994: RRDS 86 (1997) 687-717.

¹⁴⁴ c. Defilippi 5 marzo 1996: RRDS 88 (1999) n. 20.

¹⁴⁵ c. Monier 16 noviembre 2007 Inédita n. 5: «*In synthesi, actus consensus quo enascitur matrimonium, perturbari, deminui vel impedi potest a statu abnormi, vel pathologico, mentis hominis. Talis status produci potest etiam a conditionibus pathologicis a morbo non psychico vel a traumate peculiari consequentibus, ab usu v. g. medicamentorum a morbis imposito. Ex his harmoniosa cooperatio facultatum spiritualium patientis ita corrumpi, inficiari, distorqueri potest ut ipse consensum validum ponere nequeat.*» Cf. c. Boccafolo, 13 junio 2002 Inédita, n. 5.

de 2011¹⁴⁶, que vio en tercera instancia la misma causa, se apoyaba en cambio en la c. Bruno que minimizaba los efectos de la medicación. En segunda instancia se llegó a apreciar la amenorrea y posiblemente también los trastornos alimenticios que padecían la esposa como consecuencia de la medicación.

En la jurisprudencia de los tribunales españoles se tienen en cuenta los efectos secundarios de la medicación de forma tímida. En la sentencia del Tribunal de San Sebastián c. Vivó Undabarrena s.f., los problemas de comportamiento del esposo se agravaron a raíz de dejar de seguir el tratamiento en 1975¹⁴⁷. En la que dio Mons. Alonso el 22 de marzo de 1993¹⁴⁸, el esposo no seguía el tratamiento por lo que el foco irritativo no disminuía. Llegó a sufrir un accidente de tráfico, seguramente por el trastorno comicial no tratado. El paciente tenía cierta resistencia a tomar Tegretol en las dosis prescritas porque se quejaba de fenómenos subjetivos de intolerancia. El perito afirmó que los problemas en el carácter del esposo «*estaban condicionados por el foco epiléptico y por un no adecuado tratamiento por su parte*»¹⁴⁹. En una de las sentencias estudiadas del Tribunal Jiennense, la esposa reprochaba al actor que no pudiese hacer una vida social normal debido a la medicación. La vida sexual de los esposos también se encontraba afectada al tener el esposo poco deseo sexual, pero en la causa esto no se tuvo demasiado en cuenta¹⁵⁰.

3.2.2. *Los efectos de los antiepilépticos en la doctrina*

Si modesta es la presencia de esta cuestión en la jurisprudencia, en la doctrina es casi insignificante. En al artículo de Mons. De Lanversin publicado en 1971 hemos encontrado una referencia a los efectos de la medicación citando la sentencia c. Lefebvre de 30 de marzo de 1968. Allí se afirmaba que la epilepsia afecta al psiquismo en sí mismo, y que

¹⁴⁶ c. Defilippi 1 Julio 2011 inédita.

¹⁴⁷ c. Vivó Undabarrena s.f.: Boletín de la Facultad de Derecho UNED 13-14 enero (1985) 185-205.

¹⁴⁸ c. Alonso Rodríguez 22 marzo 1993: Colectánea de Jurisprudencia Canónica 41 (1994) n. 14.

¹⁴⁹ *Ibidem*.

¹⁵⁰ Sentencia del Tribunal eclesiástico de Jaen, c. Martínez Robles 27 octubre 2008, inédita.

se nota en particular en una falta de «ideación», la mayor parte de las veces agravada por el consumo de barbitúricos y calmantes acompañada de una impulsividad más o menos grande¹⁵¹. Serra afirmaba en 1984 que un tratamiento anticomicial continuo incide negativamente sobre la memoria, la atención y la vida sexual del individuo. Un tratamiento crónico va afectando progresivamente a la actividad cerebral y psíquica y puede llegar a ser neurotóxico¹⁵². En ninguno de los manuales de García Faílde sobre psiquiatría canónica se dice una palabra de la posible incidencia en la convivencia conyugal de los efectos secundarios de los antiepilepticos.

Ciertamente que no hemos encontrado nada más en el campo de la epilepsia, pero sí en el de la esquizofrenia. Vaquero Cajal exponía en el Simposio de Salamanca celebrado en 1996: *«los propios brotes esquizofrénicos, ya a la desarmonía intrapsíquica que produce la enfermedad, o incluso por los propios efectos secundarios de la medicación para controlar la enfermedad. Son pocas las posibilidades de poder soportar las cargas y obligaciones del matrimonio mientras se está en un estado defectual más o menos considerable (y en él se está siempre, aun cuando no siempre se aprecie con claridad)»* y continúa: *«hay que añadir los efectos secundarios en el psiquismo, derivados de la propia mediación neuroléptica empleada para «blanquear» los síntomas y disminuir el riesgo de recaídas. La tendencia al estancamiento social, el deterioro social que se produce tras el inicio de la enfermedad, es manifiesto»*¹⁵³.

¹⁵¹ B. DE LANVERSIN, ob. cit. (nota 105) 406.

¹⁵² C. SERRA, *La capacità matrimoniale dell'epilettico*, en AA. VV., *Giustizia e servizio. Studi sul nuovo codice di diritto canonico in onore di Mons. G. De Rosa*, Napoli 1984, 292: *«gestione sucesiva del matrimonio, della costanza della volontà di portare avanti un'unione matrimoniale può porsi in misura consistente. Basti pensara alla necessità di una terapia continua anticomiziale a base di sostanze che incidono negativamente sulla memoria, l'attenzione, la valità sessuale di un individuo, propio per la cronicità della loro somministrazione, que impegna sempre più i sistema enzimatici e matabolici più complessi portando al una alterazione progresiva del chimismo individuale soprattutto a livello cerebrale, per la messa in circolo, sempre più frequente con il progresivo deteriorarsi delle capacità svelenatrici del fegato, di cataboliti intermedi ad azione spesso altamente neurotossica»*.

¹⁵³ F. VAQUERO CAJAL, *La esquizofrenia como causa productiva de incapacidad para contraer matrimonio válido*, en CDMPPF 13, Salamanca 1997, 208.

4. EPILEPSIA Y ERROR

Las causas de nulidad matrimonial en las que se han invocado los capítulos de error doloso y error en cualidad son, cuantitativamente, mucho menores que aquellas en las que se invoca alguno de los supuestos del c. 1095. Pero no deja de ser interesante acercarnos al tratamiento jurisprudencial de esta causal, analizando los pronunciamientos de forma global en cada uno de los elementos que conforman el error. Vamos a estudiar dos sentencias de la Rota Romana¹⁵⁴, dos del Tribunal de la Rota de Madrid¹⁵⁵ y tres más de Tribunales diocesanos españoles, estas tres últimas inéditas¹⁵⁶.

4.1. ERROR DOLOSO

Comenzamos con el supuesto de hecho que más nos encontramos en estas sentencias. Uno de los cónyuges padece epilepsia desde antes de contraer matrimonio y se lo oculta a la otra parte porque, sabiéndolo esta, podría negarse a contraer matrimonio. De las seis sentencias se invoca en cuatro y se considera probado en dos. La c. Caberletti de 10 de abril de 2003 es una de las negativas. La crisis que sufrió el esposo a los pocos meses de celebrar el matrimonio resulta ser la primera que sufría y, por lo tanto, la actora no consiguió probar que el demandado fuera consciente de padecer esta enfermedad y que se lo ocultara con la finalidad de conseguir que se casara con él. De la sentencia c. Gil de las Heras de 1 de junio de 1984 interesa mencionar que se concluyó que consta la nulidad por error doloso no habiendo sido invocado este error sino el del c. 1097¹⁵⁷. En esta causa el demandado declaró: «*Yo pienso que tuve que decírsele cuando éramos novios, aunque ahora no puedo asegurarlo con certeza*». Deduce Gil de las Heras que no se lo dijo por lo que declara

¹⁵⁴ c. Caberletti 10 abril 2003; RRDS 95 (2011) 213-38.

¹⁵⁵ c. Gil de las Heras 1 junio 1984; Revista de Derecho Privado 68 (1984) 1142-6; c. Panizo 18 marzo 2000; Colectanea 61 (2004) 781-819.

¹⁵⁶ Sentencia del Tribunal eclesiástico de Jaen, c. Martínez Robles 14 enero 2008; c. Martínez Robles 20 julio 2012; Sentencia del Tribunal eclesiástico de Málaga, c. Gil Moncayo 18 febrero 2014.

¹⁵⁷ Gil de las Heras aplica a esta causa iniciada antes de la entrada en vigor del CIC la nueva regulación del error al considerarla de derecho natural.

posteriormente el demandado: «Pienso que mi esposa se enteraría ya en el noviazgo de lo que padecía».

En la sentencia c. Panizo de 18 de marzo de 2000¹⁵⁸ los jueces consideraron probada la ignorancia del actor respecto a la enfermedad y el ánimo doloso de la esposa, aunque el ponente veía la posibilidad de que: «en este callarse de la esposa ante su novio no se diera “malicia” ni “mala fe” por su parte, ni “maquinaciones”; pero de lo que no dudamos es que se dio “ocultamiento voluntario e intencionado” al novio de la verdadera realidad de su estado de salud»¹⁵⁹.

En ninguna de las dos sentencias del Vicario Judicial de Jaén se aprecia probado el ánimo doloso. En la dada el 14 de enero de 2008 los jueces no consideraron probada la intención deliberada de engañar de la esposa al ocultar la enfermedad para obtener el consentimiento, ni tampoco hicieron suyos los razonamientos del defensor del vínculo que relacionaba la ocultación más que con la mala fe, con la naturaleza vergonzante de esta enfermedad.

Otra de las cuestiones que nos han llamado la atención después de estudiar la jurisprudencia sobre el error es: ¿La epilepsia es una cualidad que perturba la convivencia conyugal? En la c. Caberletti de 10 de abril de 2003 se afirma tajantemente por los jueces rotales que la epilepsia no es una enfermedad que «pueda perturbar gravemente el consorcio conyugal»¹⁶⁰. Mons. Gil de las Heras acoge en su sentencia a la epilepsia como una cualidad que perturba gravemente la vida conyugal¹⁶¹. Mons. Panizo responde a la maniobra de la parte demandada de quitar importancia

¹⁵⁸ c. Panizo 18 marzo 2000: Colectanea de Jurisprudencia Española 61 (2004) 781-819.

¹⁵⁹ *Ibidem*, n. 3, Hechos pag 814.

¹⁶⁰ c. Caberletti 10 abril 2003, n. 8: «*Epilepsia nulla gravitate praedita videtur ita ut sua natura, seu obiective, consuetudinem coniugalem graviter perturbare valeat. Cum vero consuetudo inter coniuges sub aspectu quidem subiectivo inspicere possit, ob illorum relationem interpersonalem, epilepsia, quamvis sub gradu levi morbus prodeat, subiectivam gravitatem assequi potest. Et reapse modus agendi Symphorosae, postquam diagnosis de epilepsia ostenta est, patefacit pondus huiusmodi viri condicionis prò muliere*».

¹⁶¹ c. Gil de las Heras 1 junio 1984, n. 8: «*Que esta circunstancia es de gravedad suficiente como para perturbar la convivencia conyugal aparece en los autos. La enfermedad fue la que le llevó a los cambios bruscos en su vida y la que le impidió cumplir las obligaciones conyugales, siendo así la causa del fracaso del matrimonio*».

a la afección que «no se puede admitir ni de lejos esa idea de levedad e intrascendencia»¹⁶².

4.2. ERROR EN CUALIDAD

Otro supuesto que podemos analizar de forma sintética en la jurisprudencia es el error sobre una cualidad directa y principalmente pretendida cn. 1097. Se invoca este capítulo en todas las causas. La c. Caberletti de 10 de abril de 2003¹⁶³ corregía a la sentencia de la instancia inferior preguntándose cómo podían haber estimado esta causal tratándose de una cualidad como la salud del demandado y afirmada con énfasis en la sentencia. Salud no entendida de forma genérica, sino como la ausencia de cualquier clase de enfermedad contagiosa o incurable o que pudiera causar espanto, como es el caso de la epilepsia. La actora afirmaba: «credevo di aver sposato un uomo che stava bene, invece era un povero malato che aveva fatto crollare tutti i miei sogni e progetti»¹⁶⁴. A no ser que la salud sea una condición *sine qua non* directamente pretendida, esto no afecta al consentimiento, y no consta en las actas que la esposa pretendiera pertinazmente esta cualidad¹⁶⁵. En una de las sentencias de Martínez Robles se afirma a este respecto: «la cualidad de la salud física y psicológica de la mujer, cualidad como es lógico pretendida directa y principalmente por cualquier persona normal que quiere casarse»¹⁶⁶. Según este juez no se requiere que la parte que yerra haya explicitado que busca un cónyuge sano, es una cualidad que se supone es buscada por todo cónyuge.

En dos sentencias el error no recae sobre el hecho de padecer la epilepsia en sí misma, sino sobre el conocimiento de la gravedad de la

¹⁶² c. Panizo de 18 de marzo 2000, n. 3.

¹⁶³ c. Caberletti 10 abril 2003: RRDS 95 (2011) 213-38.

¹⁶⁴ *Ibidem*, n. 9.

¹⁶⁵ *Ibidem*, n. 9: «*Valetudo alterius coniugis a quolibet nupturiente appetitur; tantummodo si illa prout condicio sine qua non apponatur vel directe, scilicet quadam mediatione exclusa, intendatur, consensum iugalem attingere valet. In casu minime constat mulierem directe futuri coniugis valetudinem voluisse, cum de eadem ne ullum quidem dubium ante nuptias ortum esset nec ex actis patet mulierem valetudinem Conventi quadam cum pertinacia expetiisset*».

¹⁶⁶ Sentencia del Tribunal eclesiástico de Jaen, c. Martínez Robles 14 enero 2008, inédita.

misma. En la c. Martínez Robles de 20 de julio de 2012 se afirma que «no se puede considerar la cualidad de la gravedad de la enfermedad que padecía Pilar como directa y principalmente pretendida por Manuel en el momento de la prestación del consentimiento matrimonial, de tal modo que al desconocerla errara en la persona de la esposa»¹⁶⁷. En la sentencia c. Gil Moncayo de 18 de febrero de 2014 leemos: «Una cosa es no conocer el alcance de una enfermedad y su poder perturbador de la convivencia conyugal y otra el contraer matrimonio con una persona creyendo que posee una cualidad directa y principalmente pretendida»¹⁶⁸.

5. CONCLUSIONES

A lo largo de este trabajo he querido poner de manifiesto la incidencia de la afección epileptoide en el campo de los procesos canónicos de nulidad matrimonial, incidencia que, siendo discreta, no deja de ser relevante. Pasamos ahora a exponer las principales conclusiones de nuestro estudio.

- a) Hemos terminado con la causal del error, si bien la mayor parte de nuestro trabajo se ha centrado en la incidencia de la epilepsia en el ámbito de la capacidad para consentir. Hasta mediados del siglo pasado, la capacidad requerida en los contrayentes se circunscribía casi exclusivamente al *uso de razón*. En aquel estado de cosas, los epilépticos eran considerados amentes de modo puntual si el enlace coincidía con un ictus, y de modo continuo si la repetición de las crisis había deteriorado de modo irreversible su capacidad intelectual. En los periodos intercríticos se aplicaban las teorías de los lúcidos intervalos. No podemos considerar que el primer número del canon 1095 está olvidado una vez se han desarrollado los otros dos números. La epilepsia puede ser uno de los supuestos de hecho a tener en cuenta en un consentimiento inválido por faltar el suficiente uso de razón.

¹⁶⁷ Sentencia del Tribunal eclesiástico de Jaen, c. Martínez Robles 20 julio 2012, inédita. Si bien el hecho de conocer el alcance de la enfermedad supuso en la vida conyugal de la pareja un punto de inflexión. El ponente recoge esta afirmación del actor: «cuando le dio, sí que me dio por pensar si iba a estar así toda la vida».

¹⁶⁸ Sentencia del Tribunal eclesiástico de Málaga, c. Gil Moncayo 18 febrero 2014, inédita.

- b) Conforme fue reconociéndose la importancia de la capacidad crítica en la formación del consentimiento matrimonial, comenzó a contemplarse que esta se veía afectada, no sólo en el curso de las crisis, sino también durante los estados crepusculares. También en los casos de psicosis epiléptica puede verse afectada de modo permanente la discreción de juicio. Si bien, de los tres supuestos del cn. 1095, es el segundo donde menos cómoda se encuentra la epilepsia. De las clásicas cinco manifestaciones del mal comicial: gran mal, pequeño mal, estado crepuscular, psicosis epileptoide y psicopatía epiléptica, tanto la jurisprudencia como la doctrina tenían claro que el gran mal puede ser responsable de la falta de uso de razón. La personalidad epileptoide, cuando aún no se aplicaba de forma amplia la *incapacitas assumendi*, podía ser responsable de falta grave de discreción de juicio. Las otras manifestaciones, sobre todo el estado crepuscular y la psicosis planteaban dificultades a la hora de concretar sus consecuencias jurídicas. En la práctica no se tenía muy claro si afectaban a la conciencia y la capacidad intelectual (uso de razón) o a la capacidad crítica (falta grave de discreción de juicio). Sería deseable que en este campo de la discreción de juicio se profundizara sobre la capacidad del cónyuge para ser consciente de sus propias limitaciones. En varias de las causas estudiadas el cónyuge que padece la epilepsia vive negándose su misma existencia o su gravedad, de modo que contraía matrimonio sin ser consciente de las negativas repercusiones que esa dolencia acarrearía en el futuro para la vida conyugal.
- c) La incapacidad para asumir las obligaciones esenciales del matrimonio de cónyuges afectados de epilepsia apareció en la jurisprudencia canónica una vez concluido el período de la codificación. Mons. Egan, recogiendo toda la jurisprudencia precodicial, estableció las presunciones que después se han aplicado en las causas de nulidad en las cuales uno de los cónyuges padecía epilepsia. Se presume la incapacidad para dar el consentimiento matrimonial cuando en el momento de las nupcias se diera psicosis epiléptica en estado cualificado, con mayor razón cuando se diera estado convulsivo o crepuscular; se presume capacidad cuando se diera solamente psicopatía epiléptica, sobre todo si no se sabe con certeza si padecía estado convulsivo o crepuscular. Conforme empezaba a aplicarse la incapacidad para asumir en el foro canónico,

en el campo psiquiátrico empezaban a cobrar fuerza las tesis que negaban la existencia de una verdadera personalidad epileptoide. Al mismo tiempo, en la vida diaria de los afectados de epilepsia se dieron dos cambios muy importantes: una nueva generación de medicamentos más eficaces y la difuminación del estigma social asociado al mal comicial. En la jurisprudencia canónica, antes que en la doctrina, fue ganando terreno la tesis de que los epilépticos, en principio, son capaces de contraer matrimonio. Después del estudio realizado de la materia pensamos que podemos afirmar que no podemos dejarnos llevar por prejuicios y que como tantas veces se ha afirmado, hay que estudiar caso por caso.

- d) Hemos mencionado que los nuevos medicamentos permitieron a los epilépticos hacer una vida casi normal, y ello como consecuencia del mayor control de las crisis. Ante este hecho algunos canonistas han llegado a afirmar, confundiendo crisis con epilepsia, que esta enfermedad es curable. Esto solo se podría afirmar en el caso de la sanación del foco epileptógeno, por ejemplo mediante cirugía. A nuestro juicio no es prudente afirmar que los epilépticos son plenamente capaces para consentir gracias a los medicamentos. Esa capacidad puede calificarse en cierto modo de «apuntalada» o artificial. La relación del paciente con el tratamiento, lo hemos comprobado en varias de las causas estudiadas, no siempre es fácil y se dan recaídas. En el campo de la esquizofrenia se ha experimentado el mismo proceso y ya se ha empezado a hablar de pseudorremisiones. Es un tema en el que hay que seguir profundizando. Y no podemos olvidar que el acceso a la medicación no es posible en todas las zonas del planeta.
- e) También hemos llegado a la conclusión de que los efectos secundarios que los antiepilépticos provocan sobre la vida conyugal no han sido tenidos en cuenta, ni con la necesaria profundidad, ni con el requerido rigor, tanto por la jurisprudencia como por la doctrina. Este aspecto de los efectos secundarios de los antiepilépticos debe ser tenido en cuenta cuidadosamente en los procesos de nulidad matrimonial.