

Estado Libre Asociado de Puerto Rico
TRIBUNAL DE APELACIONES
REGIÓN JUDICIAL DE PONCE
PANEL VIII

El Pueblo de Puerto Rico

Apelado

v.

Orlando Rivera González

Apelante

KLAN201601803

Apelación
procedente del
Tribunal de Primera
Instancia, Sala de
Ponce

Caso Núm.
JVI2014G0089
JVI2014G0085

Sobre:
Art. 93-A CP
(dos cargos)

Panel integrado por su presidente el Juez Bermúdez Torres, la Juez Nieves Figueroa y la Jueza Soroeta Kodesh.

Bermúdez Torres, Juez Ponente

SENTENCIA

En San Juan, Puerto Rico, a 24 de julio de 2019.

I.

Luego de participar en un conflicto bélico en Afganistán en el 2012, el francotirador *ex-marine*, Orlando Rivera González, regresó a Puerto Rico padeciendo de estrés postraumático. En abril de 2014 estuvo hospitalizado tras presentar depresión, ideas suicidas y psicosis (sintomatología que describe una gama de comportamiento, entre ellos, delirios, alucinaciones, pensamiento (discurso) desorganizado, comportamiento motor muy desorganizado o anómalo y síntomas negativos [expresión emotiva disminuida, abulia, alogia, anhedonia y asocialidad]). Además, presentaba síntomas paranoides y sentía delirios de persecución, así como desesperanza e impotencia. **El propósito de la admisión al Hospital fue prevenir daños a sí mismo y a otros y evitar el deterioro de su condición.**

Tras recibir tratamiento, incluido el antidepresivo “*Zoloft*”, el ansiolítico “*Klonopin*”, “*Restoril*” para dormir y el sedante y antidepresivo “*Trazodone*”, Rivera González fue dado de alta, pero, por recomendaciones médicas, debía mantenerse en hospitalización parcial, esto es, estar en el Centro durante las mañanas y pernoctar en su casa durante las tardes. Días después, Rivera González fue hospitalizado de manera involuntaria al amparo de la Ley Núm. 408-2000. **En esa ocasión presentaba síntomas de delirios persecutorios, delirios paranoides, estaba evasivo, suspicaz, tenía ansiedad e ideas suicidas intermitentes y de automutilación. Se conducía agresivamente y con pobre control de impulso. Llegó amenazante hacia el personal hospitalario.**

Varios meses después, el 25 de agosto de 2014, mientras se ejercitaba, Rivera González disparó mortalmente, sin motivo aparente, al señor Pablo Martínez Madera. **Al otro día**, el 26 de agosto de 2014, Rivera González se aproximó a una anciana que transcurría por la calle frente a su casa, se posicionó a su lado y le disparó en la cabeza. Luego, la acomodó en la acera, se arregló el pantalón y se dirigió a su apartamento. En lugar de entrar a su apartamento o irse a la fuga, Rivera González brincó una malla de seguridad, dio la vuelta al edificio, salió por la calle Pedro Schuck y **continuó haciendo ejercicios de calistenia, brincando y mirando su reloj.**

Arrestado por este incidente, el mismo 26 de agosto de 2014, el Ministerio Público presentó sendos Proyectos de Denuncias, imputándole a Rivera González el delito de Asesinato en primer grado¹ y una violación del Art. 5.04 de la Ley de Armas de Puerto Rico.² Determinada causa probable para arresto al amparo de la

¹ Art. 93a del Código Penal 2012, 33 LPRA § 5142(a).

² 25 LPRA § 458(c).

Regla 6 de las de Procedimiento Criminal,³ Rivera González fue ingresado en prisión.

El 27 de agosto de 2014 el Sr. Rivera González fue referido de la Institución Ponce 500 al Hospital de Siquiatría Correccional, pues presentaba ideas suicidas. El Sr. Rivera González también fue atendido por el Dr. Ismael Maisonet Sánchez, quien diagnosticó al Sr. Rivera González con esquizofrenia paranoide, luego de que este manifestara estar muy deprimido, haber visto sombras y siluetas, que los demonios le hablaban y que deseaba acabar con su vida.

El 28 de agosto de 2014 Rivera González fue admitido al Hospital de Siquiatría Correccional de Bayamón, en la Unidad de Intervención de Crisis, donde fue atendido por el Dr. Raúl Rivera Méndez. El galeno expresó que Rivera González mostraba síntomas de tristeza y lentitud y verbalizaba que quería quitarse la vida ahorcándose o disparándose. Se quejaba principalmente, de que se sentía deprimido, vacío, con ganas de morir, culpable, ansioso y con pesadillas de Afganistán y del asesinato. **Además, expresó que vio en la víctima un talibán armado que lo iba a atacar, por lo que le dio miedo y se defendió.** Aunque no presentaba disturbios perceptuales, dijo que en el pasado había oído voces y visto cosas. El Dr. Rivera Méndez descartó que el Sr. Rivera González tuviese esquizofrenia o bipolaridad, diagnosticándolo en vez con depresión mayor recurrente.

Rivera González fue trasladado a unidades agudas con vigilancia cercana y vestido con bata de papel. El tratamiento intensivo, en el cual le suministraron antidepresivos y **antisicóticos**, duró desde el 28 de agosto de 2014 al 11 de noviembre de 2014. Como a las dos o tres semanas, Rivera

³ 34 LPRA Ap. II, R. 6.

González mejoró con los medicamentos y con las terapias del equipo interdisciplinario.

En el ínterin, el 3 de septiembre de 2014, el Ministerio Fiscal presentó nuevos Proyectos de Denuncias imputándole a Rivera González el asesinato del señor Martínez Madera e infringir el Art. 5.04 de la Ley de Armas de Puerto Rico. Superados varios incidentes procesales, el 28 de octubre de 2014, el Tribunal de Primera Instancia determinó causa para acusar a Rivera González por el asesinato en primer grado de la Sra. Carmen Delgado Rivera y violación al Art. 5.04 de la Ley de Armas de Puerto Rico. El 4 de diciembre del mismo año, el Tribunal de Primera Instancia también encontró causa probable para acusar a Rivera González por el Asesinato en primer grado del señor Martínez Madera. Autorizó, además, se le acusara por infracción al Art. 5.04 de la Ley de Armas de Puerto Rico.

Concluida una gama de incidentes procesales, cuya pormenorización es innecesaria elaborar, el 24 de febrero de 2015, Rivera González renunció a su derecho a juicio por jurado y consignó alegación de no culpable por razón de insanidad o inimputabilidad. Concluido el Juicio, el Tribunal de Primera Instancia --Hon. Carlos Salgado Schwarz--, halló culpable a Rivera González por los cargos de Asesinato en Primer grado. Lo exoneró de los cargos por la Ley de Armas. El 9 de noviembre de 2016 el Tribunal de Primera Instancia dictó *Sentencia* condenando a Rivera González a cumplir 118 años de reclusión.⁴

Inconforme, el 8 de diciembre de 2016, Rivera González recurrió ante nos mediante el escrito de *Apelación Criminal*.

Plantea:

1. Erró el Honorable Tribunal de Instancia al declarar no ha lugar la defensa de insanidad

⁴ 99 años por el Asesinato de la señora Delgado Rivera consecutivos con 19 años por el Asesinato del señor Martínez Madera.

mental del acusado pese a la prueba que para sustanciarla se presentó y a lo insustancial e inadecuado del informe y testimonio del perito que el Estado presentó en su contra.

2. Erró el Honorable Tribunal de Instancia al no hacer valer el derecho constitucional que tiene el acusado de que se compela la comparecencia de testigos de defensa según lo establece la Sección 11 del Artículo II de nuestra Constitución privándole de esa forma de testimonio que era vital para su defensa de insanidad mental y para demostrar la debilidad de la prueba presentada en su contra.
3. Erró el Honorable Tribunal de Instancia al negarse a admitir un informe pericial de comparación de suelos preparado por un perito químico empleado del Instituto de Ciencias Forenses a instancias del Estado que demuestra que la tierra que habían levantado del calzado perteneciente al acusado no era compatible con la del lugar donde había ocurrido uno de los asesinatos que se le imputaron.
4. Erró el Honorable Tribunal de Instancia al admitir en evidencia el Certificado de Análisis Forense de ADN preparado por la señora Peggy Deliz Cuevas por el mismo no ser concluyente y porque no se preservó de la muestra una porción que permitiera al acusado examinarla.
5. Erró el Honorable Tribunal de Instancia al declarar culpable al apelante de los delitos de Asesinato cuando la prueba presentada por el Ministerio Público no sustenta tal fallo y, de hecho, la misma no derrotó la presunción de inocencia que acompaña al compareciente.

Elevados los autos originales y presentada la reproducción de la prueba oral, el 30 de agosto de 2018 Rivera González presentó su *Apelación*. El 14 de septiembre de 2018, hizo lo propio la Oficina del Procurador General de Puerto Rico. Contando con el beneficio de ambas comparecencias, los autos originales, la transcripción estipulada de la prueba oral (TE), el Derecho y jurisprudencia aplicable, estamos en posición de resolver.

II.

A.

La Defensa de Incapacidad Mental

El Art. 38 del Código Penal de Puerto Rico de 2012,⁵ vigente a la fecha de los hechos que nos ocupan, incluía entre las causas de inimputabilidad, la incapacidad mental. El Art. 40 del mismo Código,⁶ exponía los contornos de dicha defensa o causa de inimputabilidad, de la siguiente forma:

Artículo 40.- Incapacidad Mental.

No es imputable quien al momento del hecho, a causa de enfermedad o defecto mental, carece de capacidad suficiente para comprender la criminalidad del acto.

Los términos enfermedad o defecto mental no incluyen una anormalidad manifiesta sólo por reiterada conducta criminal o antisocial.

Para efectos de la prueba de incapacidad mental, el imputado deberá evidenciar la alegada incapacidad.⁷

En el 2014 el Código Penal fue enmendado⁸ y esta disposición quedó articulada de la siguiente forma:

Artículo 40.- Incapacidad Mental.

No es imputable quien al momento del hecho, a causa de enfermedad o defecto mental, carece de capacidad suficiente para comprender la criminalidad del acto o para conducirse de acuerdo con el mandato de ley.

Los términos enfermedad o defecto mental no incluyen una anormalidad manifestada sólo por reiterada conducta criminal o antisocial.

Para efectos de la prueba de incapacidad mental, el imputado deberá evidenciar la alegada incapacidad.⁹

Nótese, que con las enmiendas realizadas, se reincorporó el elemento **volitivo** que había sido abandonado en el Código de 2012. Ahora, la disposición, además del aspecto **cognitivo** --comprensión de la naturaleza criminal del acto--, incluye el aspecto **volitivo**, esto es, que la persona está **impedida de conducirse de acuerdo con el mandato de ley**. Este criterio de inimputabilidad “no requiere una carencia total de capacidad mental”, sino que “basta que esa carencia sea suficiente o sustancial, de manera tal que basta con

⁵ 33 LPRA § 5061.

⁶ 33 LPRA § 5063.

⁷ Íd.

⁸ La Ley Núm. 246-2014, enmendó el Código Penal 2012.

⁹ 33 LPRA § 5063.

demostrar que la persona no cuenta con capacidad sustancial para comprender los alcances antijurídicos de sus actos o de comportarse conforme el mandato de ley”.¹⁰ Esta enmienda es importante, pues por virtud del principio de favorabilidad estatuido en el Art. 4 del Código Penal de 2012,¹¹ esta es la disposición que aplica a los hechos del caso ante nuestra consideración.¹²

En la dimensión procesal, la Regla 74 de las de Procedimiento Criminal,¹³ establece, que:

Cuando el acusado hiciere alegación de no culpable e intentare establecer la defensa de trastorno mental transitorio o de incapacidad mental en el momento de la alegada comisión del delito imputándole, o cuando su defensa fuera la de coartada, deberá presentar en el Tribunal de Primera Instancia un aviso al efecto, con notificación al fiscal, dentro de los veinte (20) días siguientes al acto de la lectura de la acusación en los casos en que deba celebrarse dicho acto. Cuando se hubiere entregado personalmente al acusado una copia de la acusación, el término para la presentación de estas mociones será de no más de veinte (20) días desde que el acusado hubiese respondido. Cuando no hubiese contestado, el término será de no más de veinte (20) días después de que se registre la alegación de no culpable. En casos por delitos menos graves a los cuales no aplique el derecho a juicio por jurado el aviso con notificación al fiscal se presentará por lo menos veinte (20) días antes del juicio.

.....

...[S]i el acusado o el Ministerio Público no cumplen con dicho aviso o no suplen la información requerida, no tendrán derecho a ofrecer tal evidencia. El tribunal

¹⁰ D. Nevares Muñiz, Derecho Penal Puertorriqueño: Parte General, 7ma ed. Rev. San Juan, Instituto para el Desarrollo del Derecho, Inc., 2015, pág. 292.

¹¹ 33 LPRA § 5004. Dispone:

La ley penal aplicable es la vigente al momento de la comisión de los hechos. La ley penal tiene efecto retroactivo en lo que favorezca a la persona imputada de delito. En consecuencia, se aplican las siguientes normas:

(a) Si la ley vigente al tiempo de cometerse el delito es distinta de la que exista al procesar al imputado o al imponerle la sentencia, se aplicará siempre la ley más benigna.

(b) Si durante el término en que la persona está cumpliendo la sentencia entra en vigor una ley más benigna en cuanto a la pena o al modo de ejecutarla, se aplicará retroactivamente.

(c) Si durante el término en que la persona está cumpliendo la sentencia entra en vigor una ley que suprime el delito, o el Tribunal Supremo emite una decisión que despenalice el hecho, la pena quedará extinguida y la persona liberada, de estar recluida o en restricción de libertad.

En estos casos los efectos de la nueva ley o de la decisión judicial operarán de pleno derecho. (Énfasis nuestro).

¹² A pesar de que no estaba vigente al momento del evento delictivo y de haber sido modificado en una fecha posterior a dichos hechos delictivos, el vigente Art. 40 del Código Penal 2014, aplica retroactivamente por ser la disposición más favorable para el acusado.

¹³ 34 LPRA Ap. II, R. 74.

podrá, sin embargo, permitir que se ofrezca dicha evidencia cuando se demostrare la existencia de causa justificada para haber omitido la presentación del aviso o información. En tales casos el tribunal podrá decretar la posposición del juicio o proveer cualquier otro remedio apropiado.

Es teoría básica de derecho penal, que, aunque la ley presume la cordura del imputado¹⁴ y el Fiscal no está obligado a presentar prueba sobre su capacidad mental para delinquir, **una vez se produce prueba suficiente --ya sea por el acusado o surgida de la prueba de cargo--, que establezca duda razonable sobre la cordura del acusado al momento de los hechos, la mencionada presunción queda rebatida. Una vez rebatida, el Ministerio Público tiene el peso de presentar prueba que demuestre, más allá de duda razonable, la capacidad mental del imputado al momento de los hechos.**¹⁵ Dicha prueba debe establecer, en la conciencia del juzgador, la certeza moral y firme convicción, sobre la imputabilidad del acusado.¹⁶

La capacidad mental del acusado es condición cuya determinación final le corresponde al juzgador de los hechos, ya sea el jurado o el juez.¹⁷ Al evaluarla, el juzgador de los hechos no está obligado a aceptar las conclusiones de un perito, por lo que es suficiente en derecho aquella prueba de cargo, sea o no pericial, o una combinación de ambas, que demuestre más allá de duda razonable la cordura del acusado.¹⁸ De utilizarse peritos legos, el testimonio de éstos puede ser descriptivo sobre los hechos percibidos o “en forma de opiniones o inferencias”, siempre que “estén racionalmente basadas en la percepción del testigo y que sean

¹⁴ *Pueblo v. Alsina*, 79 DPR 46, 60 (1956).

¹⁵ *Pueblo v. Montes Vega*, 118 DPR 164, 170 (1986).

¹⁶ *Pueblo v. Montes Vega*, supra; *Pueblo v. Carrasquillo Carrasquillo*, 102 DPR 545 (1974); *Pueblo v. Dávila Alonso*, 85 DPR 450, 453 (1962) (énfasis nuestro).

¹⁷ *Pueblo v. Marcano Pérez*, 116 DPR 917, 929 (1986); *Pueblo v. López Rivera*, 109 DPR 160, 167 (1979).

¹⁸ *Pueblo v. Marcano Pérez*, supra, pág. 928; *Velásquez v. Ponce Asphalt*, 113 DPR 39, 48 (1982); *Pueblo v. Sánchez*, 79 DPR 116, 121 (1956).

de ayuda para el mejor entendimiento de su declaración o para la determinación de un hecho en controversia”.¹⁹

B.

El Trastorno de Estrés Postraumático (PTSD) y la Esquizofrenia

El PTSD es un trastorno relacionado con traumas y factores de estrés, que típicamente se desarrolla mediante la exposición a un evento extremadamente traumático, tal como la muerte o lesión grave. Su diagnóstico requiere la presencia de, al menos, uno de los siguientes síntomas de intrusión, los cuales comienzan luego del suceso traumático:

- (i) recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso traumático;
- (ii) sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso traumático;
- (iii) reacciones disociativas (escenas retrospectivas o flashbacks) en las que el sujeto siente o actúa como si se repitiera el suceso traumático (estas reacciones se pueden producir de forma continua, y la expresión más extrema es una pérdida completa de conciencia del entorno presente.)
- (iv) malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso traumático;
- (v) reacciones fisiológicas intensas a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso traumático.²⁰

Los síntomas del PTSD deben estar presentes por, al menos, más de un mes y deben causar malestar clínicamente significativo o deterioro en las áreas sociales, laborales u otras áreas importantes del funcionamiento de la persona.²¹ Otro elemento importante del PTSD conlleva una “[a]lteración importante de la alerta y reactividad asociada al suceso traumático, que comienza o empeora después del suceso traumático”, manifestadas mediante dos o más de las siguientes características:

¹⁹ *Pueblo v. Marcano Pérez*, supra. Véase: Juan B. Casillas Rodríguez, Manual Práctico Sobre las Defensas Para Establecer la Incapacidad Mental del Imputado, First Book Publishing of P.R., 2006, pág. 144.

²⁰ American Psychiatric Association, Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5), 5ta ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2014, págs. 271-272.

²¹ *Id.*, pág. 272.

- (i) **comportamiento irritable y arrebatos de furia (con poca o ninguna provocación)** que se expresan típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos;
- (ii) comportamiento imprudente o autodestructivo;
- (iii) **hipervigilancia;**
- (iv) **respuesta de sobresalto exagerada;**
- (v) problemas de concentración;
- (vi) alteración del sueño²²

Ha sido extensamente documentado que los veteranos de la milicia son particularmente susceptibles a síntomas de PTSD, tales como disociación, respuesta de sobresalto exagerada, irritabilidad y comportamiento impulsivo, lo cual puede conducir a comportamiento criminal y violento.²³ Estas perturbaciones emocionales, en las cuales reviven el evento traumatizante mediante pesadillas y/o *flashbacks*, pueden surgir cada vez que una persona con PTSD es expuesta a estímulos internos o externos asociados a aspectos particulares del evento traumático original. En los casos más severos, las imágenes mentales son tan vívidas que el individuo reacciona y se comporta como si estuviese pasando nuevamente por la situación traumática, por lo cual posiblemente no pueda controlar sus acciones.²⁴

Los efectos del PTSD también pueden observarse en términos de los procesos químicos que afectan el cerebro. Se ha visto que:

When an individual experiences a highly traumatic event, the body undergoes a physiological change, that is, a stress response. This stress response begins in the reticular activating system and then progresses to the hypothalamus. The hypothalamus, in turn, signals the pituitary gland to secrete a hormone called adrenocorticotrophic hormone (ACTH). This hormone generates adrenaline, which triggers rapid heartbeat, desensitization, and hyperalertness. Although this is a natural response to a stressful situation, individuals with PTSD may experience a stress response every time there is a reminder of the earlier stressful event. **Indeed, they can be so vulnerable to this reoccurrence that even relatively unrelated or minor events sometimes set this response in motion. Additionally, individuals with PTSD can**

²² Íd., pág. 274 (énfasis nuestro).

²³ Hafemeister, Thomas L. and Stockey, Nicole A., Last Stand? The Criminal Responsibility of War Veterans Returning from Iraq and Afghanistan with Posttraumatic Stress Disorder, *Indiana Law Journal*: Vol. 85: Iss. 1, Article 3., pág. 94 (2010).

²⁴ Íd., pág. 96.

become so concerned about its reoccurrence that they undergo essentially constant stress, which can have permanent deleterious effects on the brain.

Recent studies involving Magnetic Resonance Imaging (MRI) indicate that people who suffer from PTSD may have smaller or damaged hippocampi, parts of the brain that are involved in memory and emotional experience. Damage to this area could impair one's ability to store and recall information, as well as one's ability to manage fear responses. **Consequently, this damage could impact an individual's ability to react appropriately to environmental stimuli-specifically, in relation to PTSD, an individual may overreact or respond violently to what he or she perceives as a threat, and this reaction may result in the individual harming another person and lead to criminal charges.**²⁵

Incluso, se ha destacado que la naturaleza del entrenamiento militar, en combinación con los eventos traumáticos experimentados por soldados en escenarios de combate, incide en las reacciones que estos tienen a sus síntomas postraumáticos.

The impact of modern military training may be particularly apparent when a combat veteran suffering from PTSD commits an act of violence. This act may have involved a reflexive response due to the veteran's PTSD, with the PTSD altering the judgment and decision making of the veteran. The veteran's ability to fully appreciate the nature or wrongfulness of the violent act or, in certain cases, to conform his or her conduct to the requirements of the law, may as a result have been impaired. Thus, veterans who have been through modern military training and who are suffering from combat-related PTSD may be less culpable than other individuals committing similar crimes.²⁶

Por otro lado, la esquizofrenia es un desorden mental que cae dentro de un espectro de trastornos psicóticos, en los cuales la persona afectada sufre de anomalías en uno o más de los siguientes cinco dominios: delirios, alucinaciones, pensamiento desorganizado, comportamiento motor desorganizado o anómalo y síntomas negativos. Se describen de la siguiente manera:

1. **Delirios:** creencias fijas que no son susceptibles de cambio a la luz de las pruebas en su contra. Entre los tipos delirios se encuentran los delirios persecutorios, en los cuales la persona afectada cree que será perjudicado, acosado, etc., por un individuo, organización o grupo.

²⁵ Íd., pág. 97 (énfasis nuestro).

²⁶ Íd., pág. 105.

2. **Alucinaciones:** percepciones que tienen lugar sin la presencia de un estímulo externo. Son vívidas y claras, con toda la fuerza y el impacto de las percepciones normales, y no están sujetas al control voluntario. Pueden darse en cualquier modalidad sensorial, pero las alucinaciones auditivas son las más comunes en la esquizofrenia y en los trastornos relacionados.
3. **Pensamiento (discurso) desorganizado:** se infiere a partir del discurso del individuo. El sujeto puede cambiar de un tema a otro y sus respuestas pueden estar indirectamente relacionadas o no estarlo en absoluto.
4. **Comportamiento motor muy desorganizado o anómalo:** se puede manifestar de diversas maneras, desde comportamiento infantililoide a la agitación impredecible. Pueden evidenciarse problemas para llevar a cabo cualquier tipo de comportamiento dirigido a un objetivo, con las consiguientes dificultades para realizar las actividades cotidianas.
5. **Síntomas negativos:** son responsables de una proporción importante de la morbilidad asociada a la esquizofrenia, siendo menos prominentes en otros trastornos psicóticos. Dos de los síntomas negativos son especialmente prominentes en la esquizofrenia: la expresión emotiva disminuida y la abulia. La *expresión emotiva disminuida* consiste en una disminución de la expresión de las emociones mediante la cara, el contacto ocular, la entonación del habla y los movimientos de las manos, la cabeza y la cara, que habitualmente dan un énfasis emotivo al discurso. La *abulia* es una disminución de las actividades realizadas por iniciativa propia y motivadas por un propósito. El individuo puede permanecer sentado durante largos periodos de tiempo y mostrar escaso interés en las actividades laborales o sociales. Otros síntomas negativos son la alogia, la anhedonia y la asocialidad. La *alogia* se manifiesta por una reducción del habla. La *anhedonia* es la disminución de la capacidad para experimentar placer a partir de estímulos positivos o la degradación del recuerdo del placer experimentado previamente. La *asocialidad* se refiere a la aparente falta de interés por las interacciones sociales.²⁷

El diagnóstico de esquizofrenia requiere la presencia de dos o más de los síntomas anteriores (entre los cuales se tiene que encontrar al menos unos de los síntomas de delirios, alucinaciones o discurso desorganizado), durante un periodo de, al menos, un mes. El diagnóstico también requiere la identificación de síntomas asociados con un deterioro del funcionamiento laboral o social. Además, se requiere que los signos continuos del trastorno persistan por un periodo mínimo de seis meses, dentro del cual se puede incluir periodos de síntomas prodrómicos o residuales. Durante

²⁷ DSM-5, supra, págs. 87-88.

estos periodos de síntomas prodrómicos o residuales, los signos del trastorno se pueden manifestar únicamente por síntomas negativos o por dos o más síntomas enumerados en el Criterio A (los 5 síntomas inherentes), presentes de forma atenuada (ej. creencias extrañas, experiencias perceptivas inhabituales). Finalmente, el diagnóstico requiere que se descarte el trastorno esquizoafectivo, el trastorno depresivo o bipolar y el uso de drogas o medicamentos como causa del trastorno.²⁸

Ciertamente, un diagnóstico de PTSD y/o esquizofrenia, por sí solo, es insuficiente para satisfacer los criterios necesarios para una declaración de incapacidad mental. Sin embargo, un análisis minucioso de las particularidades de cada caso puede reflejar la existencia de circunstancias adicionales que hayan exacerbado la condición inicial de un individuo, a tal nivel que la persona amerite ser considerada incapaz mental, al no poder conformar su comportamiento al mandato de ley.²⁹

C.

Revisión Judicial

Nuestro esquema probatorio está revestido por un manto de deferencia hacia las determinaciones que realizan los juzgadores de primera instancia sobre la prueba testifical presentada ante su consideración. Como regla general, los tribunales apelativos no debemos intervenir con las determinaciones de hechos y la adjudicación de credibilidad del juzgador de los hechos, ni sustituir

²⁸ Íd., pág. 99.

²⁹ Hafemeister, and Stockey, supra., pág. 120:

During a PTSD-linked dissociative state the defendant may have reacted as he or she would have responded to the initial traumatic event. The dissociative state may be triggered by various environmental stimuli and may be accompanied by flashbacks, which in turn could trigger attacks on others by the defendant. **The defendant may neither be responsible for nor able to control these dissociative states. Extreme instances of PTSD may provide the basis for an insanity defense. Such instances can constitute the requisite mental disorder that renders individuals unable to control their behavior or leaves them unable to cognitively appreciate the nature or wrongfulness of their actions.** (Énfasis nuestro).

las determinaciones del foro primario por nuestras propias apreciaciones, salvo que haya mediado error, prejuicio o parcialidad. El Tribunal Supremo de Puerto Rico ha expresado reiteradamente que las determinaciones de hechos del Tribunal de Primera Instancia sustentadas en prueba oral merecen gran deferencia por los tribunales apelativos. Este axioma está basado en consideraciones lógicas, ya que el magistrado del foro primario es quien ha tenido la oportunidad de contactar directamente este tipo de prueba.³⁰

No obstante, la norma de la deferencia judicial no es absoluta, porque el tribunal revisor podrá intervenir con las conclusiones de hechos de un foro primario, cuando la apreciación de la prueba **no representa el balance más racional, justiciero y jurídico de la totalidad de la prueba.**³¹ Los foros apelativos tienen amplia facultad para revisar la prueba documental y pericial, así como las conclusiones de derecho en que se basa la sentencia, ya que en esa evaluación estamos en la misma posición.³²

III.

En su primer señalamiento de error, Rivera González sostiene que el Tribunal de Instancia debió declarar ha lugar su defensa de insanidad mental, debido a que, presentó prueba suficiente para sustanciarla y a que, la prueba del Estado para rebatirla fue patentemente deficiente. Tiene razón. Elaboramos.

A la luz de los parámetros doctrinales anteriormente expuestos, revisemos, primero, si de la prueba de cargo o de la ofrecida por la Defensa, surgía duda razonable sobre la cordura de Rivera González al momento de cometer los crímenes que se le imputaron. En segundo lugar, de haber prueba suficiente para

³⁰ *Dávila Nieves v. Meléndez Marín*, 187 DPR 750, 770-771 (2013); *Pueblo v. García Colón I*, 182 DPR 129, 165 (2011).

³¹ *Dávila Nieves v. Meléndez Marín*, supra, pág. 771.

³² *González Hernández v. González Hernández*, 181 DPR 746, 777 (2011).

rebatir la presunción de cordura, debemos determinar, si el Ministerio Público, **no la Defensa**, aportó prueba que estableciera, **más allá de duda razonable**, que al momento de los crímenes suscitados los días 25 y 26 de agosto de 2014, Rivera González gozaba de la capacidad o de la salud mental que le permitiera comprender la criminalidad de su acto o conducirse de acuerdo con el mandato de ley. Acometemos la tarea.

Sobre la primera interrogante, es decir, si la prueba vertida en el Juicio, ya por el Ministerio Público o la Defensa, creó duda razonable sobre la condición mental de Rivera González, la respuesta obligada es **sí**. Ello no solo surge de los múltiples testimonios periciales y testigos legos ofrecidos por la Defensa, sino que también puede inferirse de la prueba presentada por el Estado. Veamos.

La prueba de Defensa dirigida a establecer duda razonable sobre la capacidad mental de Rivera González inició con el testimonio del Dr. William Almodóvar Sánchez, psiquiatra que laboraba en el Hospital Panamericano de Ponce. Declaró que, del 9 al 15 de abril de 2014, Rivera González estuvo hospitalizado en la Unidad de Medicina Conductual donde él trabajaba. Acorde al récord médico, Rivera González estuvo ingresado por los diagnósticos de trastorno depresivo no específico y **trastorno de estrés postraumático** por historial, **“pulled out” o descartar trastorno bipolar y “pulled out” abuso de cannabis**. El psiquiatra testificó que, al llegar a la institución psiquiátrica, Rivera González presentaba sintomatología depresiva, tenía ideas suicidas y uso de sustancias químicas. **El propósito de la admisión al Hospital fue prevenir daños a sí mismo y a otros y evitar el deterioro de su condición**. Se le sometió a farmacoterapia con medicamentos y a terapias grupales, individuales y ocupacionales. **El diagnóstico final fue de trastorno de estrés postraumático** y abuso de

cannabis.³³ Según el testigo, Rivera González siempre se mantuvo tranquilo y cooperador mientras estaba hospitalizado. Cuando lo dio de alta recomendó que se mantuviese en hospitalización parcial, que era que estuviera en el centro durante las mañanas y en las tardes se fuera a su casa.³⁴ A pesar de indicar que Rivera González no mostraba síntomas de **esquizofrenia**, luego en el contrainterrogatorio, el Dr. Almodóvar Sánchez indicó que, al ser ingresado, Rivera González presentaba **psicosis**, lo cual era un término bastante amplio para describir una gama de comportamiento que puede formar parte de los síntomas de estrés postraumático.

El próximo testigo de Defensa en declarar fue el Dr. Adrián Graham Sierra. Este galeno atendió a Rivera González en el Hospital Panamericano de Ponce. Señaló, que previo a que Rivera González fuera hospitalizado, tomaba *Sertraline*, que era un antidepresivo que tomaba en dosis moderada, y *Restoril*, que era para dormir. Sostuvo que, Rivera González presentaba ideas suicidas y representaba un riesgo inminente para su seguridad o la de otros. En el diagnóstico psiquiátrico se descartó el desorden bipolar, pero sí presentaba **estrés postraumático** con abuso de marihuana. El doctor recomendó una dosis de *Zoloft* de 100 mg (antidepresivo), *Klonopin* de 1 mg (ansiolítico), *Restoril* de 30 mg (para dormir) y *Trazodone* de 150 mg (sedante y antidepresivo). El Dr. Graham Sierra indicó que él fue quien le dio el tratamiento inicial a Rivera González, pero quien continuó el tratamiento y lo dio de alta fue el Dr. Almodóvar Sánchez.³⁵

A preguntas del Ministerio Público, el Dr. Graham Sierra indicó que Rivera González presentaba síntomas **paranoides y**

³³ TE., págs. 671-682.

³⁴ Íd., págs. 683-698.

³⁵ Íd., págs. 713-725.

sentía delirios de persecución, así como desesperanza e impotencia. Estimó que estuvo de cuarenta a cuarenta y cinco minutos entrevistando a Rivera González previo a ordenar su ingreso al Hospital. Eso fue el 9 de abril de 2014. Observó que Rivera González tenía rasgos psicóticos y de paranoia, pero no de esquizofrenia.³⁶ En el redirecto, el Dr. Graham Sierra indicó que su diagnóstico inicial fue de estrés postraumático. Indicó que Rivera González era veterano y que el diagnóstico surgió de su historial.³⁷

El psiquiatra, Dr. Bogar Ricardo Esparza Ras, también testigo de Defensa, declaró que el 25 de abril de 2014 atendió a Rivera González en Inspira cuando fue hospitalizado de manera involuntaria al amparo de la Ley 408-2000. Explicó que, el Dr. Salvador Pabón Cortés encontró que este tenía los criterios suficientes para ser hospitalizado. El testigo indicó que entrevistó a Rivera González el 28 de abril de 2014 y este presentaba delirios paranoides, estaba evasivo, suspicaz, tenía ansiedad e ideas suicidas intermitentes.³⁸ Según el récord médico, Rivera González tomaba *Sertraline* (antidepresivo), *Risperdal* (antipsicótico), *Klonopin* (ansiolítico) y *Restoril* (inductor de sueño). Según su evaluación, Rivera González había recibido tratamiento psiquiátrico previo en Veteranos.³⁹

A preguntas de la Defensa, el Dr. Esparza Ras indicó que, en términos de hallazgos psicológicos, el Dr. Pabón Cortés hizo contar en el récord médico de Rivera González que este fue ingresado involuntariamente en la clínica de Veteranos y presentaba síntomas de **delirios persecutorios, conducta agresiva, pobre control de impulso, ideas suicidas y automutilación**. El trastorno psiquiátrico inicial fue de trastorno afectivo tipo bipolar. El Dr.

³⁶ Íd., págs. 726-739.

³⁷ Íd., págs. 739-740.

³⁸ Íd., págs. 777-784.

³⁹ Íd., págs. 794-797.

Esparza Ras sostuvo que luego de analizar el informe y entrevistar al señor Rivera González le recetó *Depakote* 250mg y le mantuvo los medicamentos previamente recetados. Luego de eso, le dio de alta médica el 29 de abril de 2014.

El Dr. Pabón Cortés, también declaró por la Defensa. Este galeno, con doctorado en psiquiatría, declaró que para el 26 de abril de 2014 trabajaba en Inspira y atendió a Rivera González. Acorde a su evaluación inicial, Rivera González fue referido por orden del tribunal pues presentaba **delirios persecutorios, conducta agresiva y pobre control de impulso, tenía ideas suicidas y conducta automutilante.** Rivera González había sido tratado en la Clínica de Veteranos y había estado en conflicto bélico como ex-Marine. En la entrevista inicial estaba hostil e irritable. **Lo diagnosticó como un paciente paranoide y agresivo, con trastorno bipolar mixto con rasgos sicóticos.** Lo trató por dos (2) días, lo mantuvo hospitalizado, pero no volvió a atenderlo.⁴⁰

Por la Defensa declaró, además, el también psiquiatra Dr. Raúl Rivera Méndez, quien labora en el Hospital de Siquiatría Correccional de Bayamón. El 28 de agosto de 2014 admitió a Rivera González a dicho Hospital con un diagnóstico de depresión mayor recurrente. Sostuvo que Rivera González mostraba síntomas de tristeza y lentitud y verbalizaba que quería quitarse la vida ahorcándose o disparándose. Lo trasladó a unidades agudas porque tenía ideas suicidas y estaba deprimido. Lo mantuvieron bajo vigilancia cercana y vestido con bata de papel --para que no se ahorcara--, y se le dieron antidepresivos y antipsicóticos. El psiquiatra sostuvo que la queja principal de Rivera González era que se sentía deprimido, vacío, con ganas de morir, culpable, ansioso y con pesadillas de Afganistán y del asesinato. **Acorde al psiquiatra,**

⁴⁰ Íd., págs. 857-868.

Rivera González le dijo que vio que ella --en la víctima--, era un talibán armado que la iba a atacar, por lo que le dio miedo y se defendió. También le dijo que dos semanas antes del incidente había fumado marihuana. No obstante, reconoció que Rivera González estaba cooperador. En el examen mental que se le hizo, lució orientado, su atención y concentración eran buenas y su lenguaje era poco espontáneo. No presentaba disturbios perceptuales, pero le dijo que en el pasado había oído voces y visto cosas. El psiquiatra sostuvo que Rivera González tenía un trastorno previo diagnosticado por el Hospital de Veteranos de trastorno de estrés postraumático, pero que él no lo había notado. El diagnóstico secundario era abuso de cannabis. No consideró que tuviese ningún trastorno de personalidad.

El Dr. Rivera Méndez indicó, además, que tuvo otra intervención con Rivera González el 8 de octubre de 2014. En ese momento la queja principal de este era que a veces soñaba que estaba en la guerra, pero en el examen mental que le hizo en ese momento salió que su atención y concentración eran buenas, estaba relajado, tranquilo, receptivo, no tenía disturbios ni trastornos perceptuales, estaba lógico, coherente, no tenía ideas suicidas ni homicidas, tampoco ideas de hacerse daño ni ningún delirio. Según el testigo, Rivera González **mejoró con medicamentos y con las terapias del equipo interdisciplinario.**⁴¹ El tratamiento a Rivera González duró desde el 28 de agosto de 2014 al 11 de noviembre de 2014 y fue uno intensivo. Manifestó, que, aun con medicamentos hay estresores psicosociales que pueden activarse en la enfermedad y deprimir al paciente.⁴²

El próximo testigo de Defensa fue el psiquiatra, Dr. José Maisonet Sánchez. Indicó que, intervino con Rivera González en el

⁴¹ Íd., págs. 961-976

⁴² Íd., págs. 1008-1010.

Hospital Psiquiátrico de Corrección el 27 de agosto de 2014. Este fue referido de la Institución Ponce 500 por la psicóloga Rebecca Hernández, pues presentaba ideas suicidas, era sumariado de recién ingreso y poseía historial de tratamiento psiquiátrico. Rivera González le dijo que estaba muy deprimido, que **veía sombras y siluetas, que los demonios le hablaban** y que deseaba acabar con su vida. También, le dijo que no tenía reacciones adversas a los medicamentos que estaba utilizando y que la última dosis de marihuana que usó fue una semana antes de ese día. Su lenguaje era productivo, respondía normal, tenía buena recepción, una actividad motora normal y estaba cooperador. Su proceso de pensamiento era lógico, coherente, relevante y pertinente. Tenía ideas suicidas, pero no homicidas, no tenía delirios, fobias, obsesiones ni compulsiones. Fue admitido en la Unidad de Intervención de Crisis con vigilancia cercana. El Dr. Maisonet Sánchez **diagnosticó a Rivera González con esquizofrenia paranoide.**⁴³

A preguntas del Ministerio Público, el Dr. Maisonet Sánchez declaró que la evaluación que le hizo a Rivera González duró aproximadamente media hora, tiempo que le tomó diagnosticarle esquizofrenia paranoide. Hizo el diagnóstico utilizando el DSM-4, no el DSM-5.⁴⁴ Durante los treinta minutos que duró la evaluación, Rivera González lucía ubicado en tiempo y espacio, estaba cooperador, receptivo, tranquilo, con pensamiento lógico y coherente. Lucía preocupado, aunque con la memoria intacta.

La Dra. Carmen Martínez Cotto, con especialidad en psiquiatría general, testificó por la Defensa, que, para agosto de 2014 Rivera González fue admitido en el Hospital Psiquiátrico

⁴³ Íd., págs. 1083-1094.

⁴⁴ El DSM-V, meramente eliminó los **subtipos** de esquizofrenia, agrupando los síntomas dentro de un esquema diagnóstico de esquizofrenia generalizado. Véase; DMS-V, supra, págs. 99-105.

Correccional, en la Unidad de Intervención de Crisis, y de allí pasó a su sala, en la Unidad de Agudo. En la Unidad de Intervención de Crisis estuvo como tres días. Cuando lo evaluó, lo entrevistó por aproximadamente cuarenta y cinco minutos y le hizo un diagnóstico preliminar de **esquizofrenia paranoide** y depresión mayor severa. Luego le hizo un diagnóstico de uso de cannabis. Sostuvo que, Rivera González estaba sumamente aprensivo, suspicaz, hipóvigoilante y se mantenía aislado. Como al mes, fue haciendo un poco más de interacción en terapias ocupacionales.

La Dra. Martínez Cotto sostuvo que Rivera González estuvo bastante tiempo en la Unidad de Agudo, pero no supo precisar cuánto tiempo, porque a ella la cambiaron de Unidad. Como parte del tratamiento, se le suministraron antidepresivos y ansiolíticos. Se recomendó que Rivera González fuese trasladado a una unidad psicosocial y fue aceptado en ella, pero tuvo que permanecer en la Unidad de Agudo hasta que hubiese una cama disponible. **Indicó que Rivera González le dijo que tuvo experiencias bélicas de guerra, lo cual podía agudizar la esquizofrenia.**

Como a las dos o tres semanas de tratamiento, Rivera González mostró mejoría. Posteriormente, a ella la trasladaron a la Sala de Intervención en Crisis y allí volvió a atender a Rivera González, quien regresó a dicha Unidad, tras ser referido por la Dra. Jancy Torres. La Dra. Martínez Cotto sostuvo que en dicha ocasión Rivera González estaba deprimido y rígido. Ella lo recibió, lo pasó nuevamente a la Unidad de Agudo y ahí no tuvo más contacto con él.⁴⁵

Para el Dr. Víctor Santiago Noa, psiquiatra y perito consultor de la Defensa, el estrés postraumático que Rivera González adquirió durante la guerra agudizó la esquizofrenia que padecía de manera

⁴⁵ TE., págs. 1138-1150.

latente. Sostuvo que los síntomas de desorganización de pensamientos, delirios, embotamiento de afecto y alucinaciones que Rivera González presentaba eran síntomas de esquizofrenia acorde al DSM-5. Explicó, que, la esquizofrenia era una condición seria y crónica que tendía a deteriorarse con el tiempo. Añadió que la esquizofrenia tiene un componente hereditario y que experiencias de violencia podían precipitar la condición.⁴⁶

El Dr. Santiago Noa continuó declarando que, del récord médico de Rivera González en el Hospital Panamericano se desprendía que había sido admitido bajo un diagnóstico de admisión de psicosis depresiva, un trastorno bipolar y desorden de estrés postraumático. También se desprendía que, estuvo internado en el Hospital Panamericano del 9 al 15 de abril de 2014 y que hubo un fracaso del tratamiento. A su entender, acorde a la sintomatología que surgía del récord médico, Rivera González tenía psicosis, lo cual, interpretado en conjunto con los otros síntomas, era indicativo de esquizofrenia.

Tres o cuatro días después de salir del Hospital Panamericano, Rivera González fue hospitalizado nuevamente; esta vez en Inspira, debido a que sus síntomas anteriores, es decir, delirios, alucinaciones y desorganización, seguían empeorando. En esa ocasión la hospitalización fue de tres o cuatro días. El Dr. Santiago Noa estimó que, tanto del récord del Hospital Panamericano como del récord de Inspira, surgía que Rivera González era un riesgo para sí mismo y para otros. Luego de ser dado de alta, Rivera González continuó recibiendo tratamiento ambulatorio en el Hospital de Veteranos.

El Dr. Santiago Noa declaró que, tras examinar el récord médico de Rivera González en el departamento de Siquiatría

⁴⁶ Íd., págs. 1188-1205.

Correccional de Centro Médico, encontró que Rivera González presentaba síntomas de depresión, ansiedad, ideas suicidas y trastorno depresivo mayor recurrente severo con rasgos psicóticos. Además, encontró que Rivera González **se quejaba de que veía sombras y demonios y escuchaba voces. Dicho informe establecía un diagnóstico de esquizofrenia tipo paranoide.**⁴⁷

El Dr. Santiago Noa continuó declarando que entrevistó a Rivera González en el Complejo Correccional de Ponce y este lucía rígido y tenso. Presentaba una desviación en el ojo derecho y evitaba el contacto visual, mantenía un tipo de mueca que parecía una sonrisa. Sostuvo que, aunque Rivera González fue cooperador y estuvo alerta, su afecto fue inapropiado e inadecuado, en el sentido de que no estaba a tono con el contenido del pensamiento. Su habla era parca, poco productiva y de poca fluidez. Su tono era monótono y su pensamiento presentaba falta de lógica y era desorganizado. No presentaba delirios, pero sí ideas de referencia. Presentaba ideas suicidas, pero no homicidas ni ideas violentas. No presentaba alucinaciones y estaba orientado en tiempo y espacio. Su atención y concentración era pobre, su memoria estaba conservada, su juicio e introspección eran pobres y no comprendía la gravedad de su situación. A la luz de lo observado, el Dr. Santiago Noa hizo un diagnóstico de esquizofrenia complicada por trastorno de estrés postraumático.⁴⁸

El Dr. Santiago Noa reconoció que el expediente estaba hecho de una forma tan desorganizada que era bien difícil encontrar la información. Sin embargo, **sostuvo que, a su entender, al momento de los hechos, Rivera González estaba en**

⁴⁷ Íd., págs. 1205-1228.

⁴⁸ Íd., págs. 1229-1232.

desconocimiento con la realidad y no estaba capacitado para entender la gravedad de los hechos que estaba cometiendo.⁴⁹

Al final de su turno de prueba, la Defensa ofreció el testimonio de la Sra. Brendaliz Pérez Muñiz, esposa de Rivera González. Ella sostuvo que se casó con Rivera González el 27 de mayo de 2010 y que este se enlistó en la *Marina* en octubre de 2008, cuando eran novios. Indicó que después que lo activaron, se casaron por lo civil y luego su esposo estuvo un año en Afganistán y posteriormente dos años más, en “*deployment*”, también en Afganistán. Expresó que Rivera González era francotirador. Cuando regresó de Afganistán, allá para el 2011 o 2012, ya ella percibió que su esposo no estaba bien y que estaba cambiado mentalmente. Sostuvo que Rivera González padecía de insomnio, se levantaba agresivo y vivía con temor a que alguien lo atacara. Recordó que cuando se casaron por la iglesia en octubre de 2012, en la recepción de la boda su madre se acercó a felicitar a Rivera González y éste la amenazó de muerte.

Luego se mudaron a New York, pero tiempo después regresaron a Puerto Rico, donde ella buscó psicólogos y tratamientos para su esposo porque entendía que este no estaba bien. Lo llevó a la Clínica de Veteranos en Ponce donde el sistema reflejó que este tenía un trastorno de estrés postraumático. En junio de 2013, Rivera González comenzó tratamiento médico con la Dra. Nelly Colón y luego con los doctores Madera y Morales, quienes le diagnosticaron un trastorno de estrés postraumático. Le recetaron medicamentos para la ansiedad, depresión e insomnio. Originalmente, Rivera González no quería reconocer que tenía una condición mental, pero luego aceptó la ayuda.

La testigo de Defensa sostuvo que los medicamentos no controlaban la condición de su esposo y que este no podía controlar

⁴⁹ Íd., págs. 1238-1245.

sus síntomas, lo que tenía como consecuencia, que se ponía agresivo, irritable y ansioso. Comenzó a volverse compulsivo y obsesivo y a comprar cuchillos de combate y hasta se le desapareció en dos ocasiones.⁵⁰ La señora Pérez Muñiz declaró que comenzó a pedirle a los médicos que hospitalizaran a su esposo porque temía que este se quitara la vida, pues este se flagelaba y se infligía heridas en forma de cruz en el pecho y los brazos. Sostuvo que Rivera González también tenía rifles de “*pellets*” que disparaba constantemente. Le decía a ella que los talibanes iban a ir a atacarlos y hasta le estaba tratando de ayudar a prepararse para defenderse por si algo pasaba. Indicó que en marzo de 2014 hospitalizaron a su esposo cinco días en el Hospital Panamericano, pues este estaba completamente agresivo y con ideas suicidas y luego, en abril, estuvo otros cinco días en Inspira.

La señora Pérez Muñiz señaló que el tratamiento no fue positivo y su percepción era que los efectos secundarios de los medicamentos eran peores que los síntomas que presentaba. Expresó que su esposo le decía que tenía pesadillas de cuando estaba en combate y que escuchaba y veía voces donde no las había. Indicó que Rivera González se automedicaba marihuana. Ya, para agosto de 2014, la condición de su esposo estaba descontrolada.⁵¹

Además de esta prueba, que evidentemente fue creída por el juzgador de los hechos, al expresar que su decisión no ignoraba la condición emocional que padecía el convicto,⁵² la propia prueba del Ministerio Público planteó serias dudas sobre la capacidad mental

⁵⁰ Íd., págs. 1403-1418.

⁵¹ Íd., págs. 1417-1431.

⁵² Destacamos que el distinguido Juez expresó que, “la determinación [de culpabilidad] no se toma a los efectos de que [Rivera González] no tuviese ningún tipo de condición o situación mental, es que, a base de la prueba presentada en el récord, no hay elementos para determinar que los días 25 y 26 de agosto de 2014, Don Orlando no comprendiera la criminalidad de los actos”. Véase; TE., págs. 1505-1507.

de Rivera González que le impidiera llevar a cabo los actos, que, sin ningún sentido o motivo aparente, realizó. Nos explicamos.

El Ministerio Público ofreció el testimonio del agente Daniel Astacio Irizarry, Investigador Forense del Instituto de Ciencias Forenses. Declaró que el 26 de agosto de 2014, a eso de las 8:40 a.m., recibió una llamada del agente Luis González Santiago para que se presentara en la calle Schuck del Tuque en Ponce, donde habían ocurridos los hechos. Describió la escena como una calle larga y que en el suelo se veía tirado el cuerpo de una señora con una sombrilla y una cartera al lado. Junto al agente Ashmin Irizarry Arroyo hizo una búsqueda lineal y encontraron un casquillo como a dos (2) pies y medio del cuerpo de la occisa. El Agente indicó que para identificar a la occisa verificó su cartera, en la cual había, entre otras cosas, algunos dólares y un menudo, identificaciones, una biblia y documentación de una iglesia. La occisa también tenía prendas puestas.⁵³

Luego de terminar de trabajar con el cadáver, el agente Astacio Irizarry se dirigió junto a varios agentes a la parte de abajo de un edificio de apartamentos que estaba a nivel de la calle, a unos doscientos pies del cadáver. Indicó que, por la entrevista que le había hecho a otros agentes que estaban en el lugar, el sospechoso había corrido para la parte de abajo de dicha propiedad y había salido por la otra calle que quedaba paralela con la calle Schuck. Declaró que en la propiedad había cachivaches y escombros y que no se veía habitable. Allí, encontraron un arma de fuego marca Llama, color gris, calibre 380, con un *magazine* en su interior con cinco balas y número de serie 354076, (escondida) en un cartón de leche con herramientas. La embolsó y puso bajo su custodia para

⁵³ TE., págs. 45-62.

llevarla al Instituto de Ciencias Forenses y hacer el análisis correspondiente.⁵⁴

Continuó narrando, que, luego de ocupar el arma y bajar a la parte de abajo del edificio, se percató que la Policía estaba interviniendo con un sujeto --a quien identificó en corte abierta como el acusado Rivera González--, acuartelado dentro del edificio. El Agente explicó que, por seguridad, se mantuvo en el perímetro, ya que su trabajo consistía en esperar que los agentes resolvieran la situación para él entrar a la escena y trabajarla. Cuando finalmente entró al apartamento, lo encontró regado y en un *hamper*, ubicado afuera del *closet* de un cuarto, ocupó un pantalón deportivo verde, marca *Teletic*, con manchas de aparente sangre. También ocupó un rifle calibre 22 y unas ballestas.⁵⁵

El Sr. Noel Torres Mercado, residente de la calle Pedro Schuck, donde ocurrieron los hechos, declaró que el 26 de agosto de 2014 se levantó temprano para llevar a su esposa al trabajo y luego regresó a su casa para recoger aluminio y doblar latas. Desde allí, vio a Rivera González --quien vivía en el apartamento frente a su casa--, haciendo ejercicios de calistenia. En eso, el testigo vio pasar a una anciana con una cartera y una sombrilla. La señora le dio los buenos días y siguió caminando. Acto seguido, Rivera González, en vez de correr en dirección a Obras Públicas como hacía todos los días, cruzó la calle y se posicionó paralelamente a la anciana. El testigo indicó que, en eso comenzó a lloviznar, la anciana abrió la sombrilla y Rivera González se le acercó. Él pensó que era para cubrirse de la lluvia y vio que Rivera González se acercó lo suficiente a la señora como para darle un abrazo. De repente escuchó una detonación y vio que Rivera González acomodó a la anciana en la acera, se acomodó el pantalón y viró en dirección a su apartamento. El señor

⁵⁴ Íd., págs. 63-72.

⁵⁵ Íd., págs. 74-80.

Torres Mercado pensó que a la anciana le había dado un mareo. Vio que, en lugar de entrar al apartamento, Rivera González brincó una malla de seguridad anaranjada, se tardó un ratito en darle la vuelta al edificio, salió por la calle Pedro Schuck y siguió haciendo calistenia frente a su apartamento brincando y viendo su reloj. Luego abrió el apartamento, pero antes de entrar, miró en dirección a donde estaba la anciana.⁵⁶

El señor Torres Mercado sostuvo que mientras observaba todo lo anterior él seguía sentado bregando con latas frente a su casa. Decidió acercarse a donde estaba la anciana, pero al salir vio que Rivera González lo estaba mirando por la ventana, por lo que fue en carro. Decidió hacerlo así porque él era el único que estaba por allí y Rivera González lo había visto, por lo que, si este había sido el que había hecho la detonación, él podría ser el próximo herido. El testigo pasó el carro lentamente frente al apartamento de Rivera González y luego pasó frente a la anciana y la vio botando sangre. Se bajó de su carro y al quitarle la sombrilla vio que la anciana tenía un tiro en la masa encefálica. Desde que vio a la anciana por primera vez y que Rivera González se le acercó y luego brincó la verja, dio la vuelta y se metió al apartamento, transcurrieron unos cinco minutos.⁵⁷

Al ver a la anciana con el tiro en la cabeza, llamó a su cuñado, el Sr. Orlando Oquendo, y le dijo que habían matado a una señora y que él creía que había sido “el de la esquina”, en referencia a Rivera González. Su cuñado procedió a llamar a la Policía.⁵⁸ Recordó que, al momento de los hechos la anciana tenía un traje floreado y Rivera González, un pantalón verdoso corto, camisa de manguillo de rosada a roja o color vino y tenis blancos.⁵⁹

⁵⁶ Íd., págs. 169-182.

⁵⁷ Íd., págs. 182-183.

⁵⁸ Íd., pág.184.

⁵⁹ Íd., págs. 196-197.

A preguntas de la Defensa, el testigo señaló, que, conocía de vista a Rivera González, pero nunca había hablado con él. Sostuvo que este caminaba cabizbajo y solía hacer ejercicios de calistenia en las mañanas y corría en dirección a Obras Públicas. El día de los hechos pasó la anciana, la cual pasaba por allí todas las mañanas, lo saludó y pasó por detrás de Rivera González, a quien le decían “el militar”. No vio ninguna interacción entre Rivera González y la anciana, sino hasta que el primero se le acercó y parecía como si la iba a abrazar. El señor Torres Mercado indicó que la costumbre de Rivera González era que, después de hacer ejercicios y entrar al apartamento, no volvía a salir.⁶⁰

El agente Alfredo Adames Soto, un policía municipal de Ponce, adscrito al precinto de la Guancha, testificó que, el 26 de agosto de 2016, a eso de las 8:00 a.m., se dirigió junto a los agentes Pérez Burgos y Ocasio al lugar de los hechos. Indicó que a eso de las 9:30 a.m. vio al personal de la Policía caminando con el Sr. Rivera González bajo arresto. Ahí, el comandante Quiñones le dio instrucciones de verificar el área para ver si encontraban un arma de fuego. El agente Adames Soto indicó que procedió a brincar una verja de seguridad con malla anaranjada y alambres de púas y entró al área del sótano, donde, entre unos cajones de leche, rodeada de herramientas, vio lo que aparentaba ser un arma de fuego. Permaneció en el lugar tres horas y cinco minutos custodiando el arma y velando que nadie se acercara.⁶¹

El próximo testigo, el agente Edwin Meléndez Irizarry, adscrito a la División de Homicidios de Ponce, indicó que el 3 de septiembre de 2014, acudió al Centro Correccional de Bayamón a recoger a Rivera González ya que le iban a radicar nuevos cargos. Durante el trayecto de la cárcel a la sala de investigaciones del Tribunal

⁶⁰ Íd., págs. 199-208.

⁶¹ Íd., págs. 229-242.

estableció una comunicación con Rivera González, ya que este había sido *marine* y él era de operaciones tácticas. Rivera González le dijo que había estado en dos guerras y que habían matado a dos compañeros a su lado. También le dijo que había usado un rifle M-16 en las guerras.⁶²

El agente Meléndez Irizarry sostuvo que Rivera González lucía atento y firme. Al llegar al Tribunal lo llevó a la celda de la sala de investigaciones y él se mantuvo en un banquito a unos seis o siete pies de distancia. En eso Rivera González lo llamó y le preguntó que si podía hablar con él. El Agente se acercó a la celda y ahí Rivera González le dijo, *“yo maté a la señora del Tuque, yo no sé qué me pasó, pero desde ese día en adelante no puedo comer, no puedo dormir y pienso hablar con el juez para decirlo esto que yo la maté”*.⁶³

El Agente sostuvo que procedió a decirle que hablara con su abogado cuando llegara, a lo cual Rivera González se quedó callado y se sentó. El Agente afirmó que el tono de voz de Rivera González al hacerle la confesión fue normal y por su rostro entendió que este se encontraba arrepentido de lo que había hecho. Cuando el Agente lo llevó de nuevo al Centro Médico Correccional, tampoco hablaron en el camino, y Rivera González se mantuvo todo el trayecto mirando hacia al frente y no miraba para el lado.⁶⁴

El próximo testigo del Ministerio Público fue el Sr. Pedro J. Castro González, Investigador Forense del Instituto de Ciencias Forenses asignado a la escena del asesinato del Sr. Martínez Madera. Declaró que el del 25 de agosto de 2014, fue instruido a comparecer a la escena junto con el agente Irizarry Arroyo, investigador primario del caso. Indicó que llegaron a la escena a eso de las 9:04 a.m. y describió la iluminación como natural y buena,

⁶² Íd., págs. 276-280.

⁶³ Íd., págs. 280-282.

⁶⁴ Íd., págs. 282-296.

por el sol. Sostuvo que encontraron el cadáver de un caballero en un camino peatonal en la parte posterior de los *bleachers* de un parque de pelota que aparentaba estar abandonado. Hizo una búsqueda lineal junto a su compañero, pero aparte del occiso, solo encontraron una gorra al lado del cadáver y manchas de sangre en la pared. El cadáver estaba en posición de cúbito lateral derecho y tenía aparentes heridas de bala en el lado izquierdo de la sien, en el área parietal y frontal de la cabeza, cerca de la clavícula derecha y en la parte superior izquierda de la espalda. El cadáver fue identificado como del señor Martínez Madera. Debajo de la gorra se recuperó un proyectil de bala disparado y debajo del cuerpo del occiso se recuperaron dos casquillos calibre .380 disparados. La evidencia fue levantada por el agente Irizarry Arroyo y llevada al Instituto.⁶⁵

El testigo Alexander Acosta Encarnación, empleado de la panadería “Los Muchachos Bakery”, de El Tuque en Ponce y residente en la calle Romero Barceló, frente al parque de Las Batatas, declaró que el 25 de agosto de 2014 se levantó a las 5:00 a.m. y a las 7:20 a.m., al salir de su casa, vio a un sujeto trigueño, raspado, de pantalón anaranjado, camisilla gris, banda y audífonos “jogueando” alrededor del parque. Lo estuvo observando de cinco a diez minutos y describió la iluminación como clara, sin obstáculos que interfirieran la visibilidad. Cuando llegó al trabajo se enteró de que había ocurrido un crimen frente a su casa. Se asombró porque esa mañana solo había visto a una persona haciendo ejercicios en el parque. Se percató de que la persona que aparentemente había cometido el crimen se parecía a la persona que había visto haciendo ejercicios en el parque. Según declaró, era una persona en

⁶⁵ Íd., págs. 325-333 y 345-355.

condición, trigueño, pelo raspado, sin barba, ni bigote. El testigo identificó a Rivera González en corte abierta.⁶⁶

La agente Ana Santiago Olivieri, adscrita a la División de Homicidios de Ponce, testificó que el 28 de agosto de 2014 estaba investigando el asesinato del señor Martínez Madera ocurrido en el sector Batatas del Tuque y a eso de las 4:50 p.m. pasó por la residencia de Rivera González, la cual estaba ubicada en unos apartamentos que estaban en la calle Pedro Shuck de El Tuque. La Agente indicó que se había puesto de acuerdo con la Sra. Brendaliz Pérez Muñiz, esposa de Rivera González, para pasar por la residencia y ver si encontraba una ropa. Explicó que la señora Pérez Muñiz prestó su consentimiento, tanto verbal como por escrito, para registrar el apartamento.⁶⁷

La agente Santiago Olivieri indicó que entró al apartamento junto a la señora Pérez Muñiz, pero no encontró el pantalón anaranjado ni la *t-shirt* gris que estaba buscando. La buscaba porque el señor Acosta Encarnación le había dicho que el 25 de agosto había visto a una persona corriendo con esa ropa cuando ocurrieron los hechos. Al salir a la parte de atrás de la marquesina abrió el portón y afuera vio que, en el piso, en la entrada de la puerta que daba a la terraza, había unos tenis *Nike*, tamaño 10, color negro y verde, modelos “Nike Free Trainer”. A plena vista observó que los tenis tenían aparente sangre, por lo que llamó al agente Pedroza, de Servicios Técnicos, para que pasara por el lugar a tomar fotos y ocupar los tenis. La señora Pérez Muñiz la autorizó a ocupar los tenis, los cuales fueron llevados por la Agente al Instituto de Ciencias Forenses para examinar la sangre.⁶⁸

⁶⁶ Íd., págs. 385-391.

⁶⁷ Íd., págs. 414-4420.

⁶⁸ Íd., págs. 420-432.

La seróloga forense, la Sra. Peggy Deliz Cuevas, declaró que recibió los tenis *Nike* ocupados en evidencia y llevó a cabo un análisis para verificar la presencia de un biofluido, que es la primera parte del análisis de ADN. Indicó que se encontró presencia de sangre humana en uno de los tenis, pero no se pudieron detectar las características genéticas de la sangre. Al hacerle la prueba se encontró un perfil genético parcial perteneciente al género masculino que resultó consistente a la muestra de sangre recuperada del occiso, el señor Martínez Madera.⁶⁹

El último testigo del Ministerio Público fue el examinador de armas de fuego, Aramis Agosto Vega. Declaró que, examinó una pistola *Llama*, modelo Special 3A, calibre .380 que le fue entregada por la Sra. María Hernández, técnico de control y evidencia del Instituto de Ciencias Forenses. Hizo un examen microscópico y un examen de comparación microscópica con los casquillos recuperado en evidencia. Concluyó que ambos casquillos fueron disparados por la pistola.⁷⁰

De toda esta prueba descriptiva de los eventos, es constatable que, **al momento de los hechos**, Rivera González careció de capacidad para comprender la criminalidad de su conducta o cuanto menos, estaba impedido de ajustarse al mandato de ley. En particular, vemos que los asesinatos por los cuales se acusa al Sr. Rivera González ocurrieron sin motivo racional que los explicase. Las víctimas no fueron despojadas de su propiedad y anterior a los hechos, no tenían conexión alguna con el acusado. En adición, los testimonios del Sr. Torres Mercado y de los agentes investigadores claramente reflejan conducta típica de un ser humano gravemente perturbado y fuera de razón, inconsciente de la gravedad de sus actos.

⁶⁹ Íd. págs. 456-475.

⁷⁰ Íd. págs. 588-602.

Por un lado, el Sr. Torres Mercado manifestó que tras escuchar la detonación que dio muerte a la Sra. Delgado Rivera, vio que Rivera González acomodó a la anciana en la acera, se acomodó el pantalón y viró en dirección a su apartamento. Luego, vio que, en lugar de entrar al apartamento, Rivera González brincó una malla de seguridad anaranjada, dio la vuelta al edificio, salió por la calle Pedro Schuck y **siguió haciendo calistenia frente a su apartamento brincando y viendo su reloj**. Luego abrió el apartamento, pero antes de entrar, miró en dirección a donde estaba la anciana. El señor Torres Mercado añadió que cuando decidió acercarse a donde estaba la anciana, vio que Rivera González lo estaba mirando por la ventana, por lo cual optó por ir a la escena en carro.⁷¹

De otro lado, los testimonios de los agentes investigadores también demuestran que el Sr. Rivera González no pudo razonablemente comprender la criminalidad de sus actos. De estos se desprende que el Sr. Rivera González no llevó a cabo esfuerzo alguno para esconderse de las autoridades o deshacerse de la evidencia que lo incriminaba, lo cual una persona que comprendiese la severidad de dos asesinatos hubiese hecho. Al contrario, el Sr. Rivera González (i) dejó su arma junto con unas herramientas en la parte inferior de su apartamento, (ii) dejó la ropa y los tenis utilizados en la comisión de los asesinatos y manchada de sangre en su propio apartamento; y (iii) en ningún momento intentó irse a la fuga. Al contrario, uno de los testigos manifestó que, tras cometer el segundo asesinato, Rivera González continuó haciendo ejercicios frente a su casa y meramente observó a uno de los testigos por su ventana mientras este fue a verificar el estado de una de las víctimas.

⁷¹ Íd., págs. 169-183.

Finalmente, los testimonios de los médicos que atendieron a Rivera González antes y después de los hechos claramente demuestran que el acusado ciertamente padecía de una condición mental que limitaba seriamente sus facultades y, en efecto, le impidieron estar consciente de las consecuencias de sus actos.

Primero, los diagnósticos efectuados en las hospitalizaciones previas de Rivera González mencionan que su comportamiento reflejaba delirios y rasgos psicóticos. Como vimos, la literatura revisada señala que algunos de los síntomas asociados con un diagnóstico de PTSD pueden, a su vez, ser constitutivos de un desorden psicótico. En particular, encontramos que:

PTSD may result in a gross impairment in reality testing [característica esencial de la psicosis], especially when the disorder leads the individual to believe that he or she is reliving a traumatic event or otherwise perceives the surrounding environment to be substantially different (and often more threatening) from that which actually exists.⁷²

Además, vimos que el Dr. Raúl Rivera Méndez, quien atendió a Rivera González en el Hospital de Siquiatría Correccional de Bayamón el 28 de agosto de 2014, expresó que, además de sentirse con ganas de morir, culpable, ansioso y con pesadillas de Afganistán y del asesinato, **Rivera González también manifestó que vio su segunda víctima un talibán armado que lo iba a atacar, por lo cual le dio miedo y se defendió.** Ciertamente, una de las particularidades del PTSD consiste en que el individuo afectado por dicho trastorno entre en un estado disociativo, semejante a una psicosis, en el cual ejecute acciones reflexivas en respuesta a un ataque de escenas retrospectivas, o flashbacks. Ha sido extensamente documentado durante este estado disociativo, el afectado puede estar impedido de controlar su comportamiento reactivo y actúa como si estuviese nuevamente ante la situación

⁷² Hafemeister and Stockey, supra, pág. 114.

traumatizante.⁷³ Lo anterior complementa el testimonio de la esposa de Rivera González, quien expresó que este frecuentemente sufría de delirios persecutorios enfocados en ataques de talibanes.

Basado en todo lo anterior, creemos firmemente, que, al momento de los hechos, Rivera González actuó como consecuencia de una serie de condiciones mentales que le impidieron comprender la criminalidad del acto o ajustarse al mandato de ley, por lo cual erró manifiestamente el Tribunal de Primera Instancia al concluir lo contrario.

Fíjese, además, que, una vez la Defensa logró rebatir la presunción de cordura de Rivera González, el Estado no ofreció prueba que estableciera su cordura durante los días de los hechos. Reiteramos que, una vez rebatida la presunción de cordura, correspondía al Ministerio Público probar su cordura **más allá de duda razonable**, lo cual no hizo. Al contrario, el Estado se limitó a presentar prueba pericial con el propósito de refutar la prueba pericial ofrecida por la Defensa. En tal sentido, coincidimos con Rivera González, que ello fue insuficiente para despejar la duda razonable indiscutiblemente sembrada por la robusta prueba de Defensa sobre la capacidad mental del acusado.

El testimonio pericial del Estado, presentado mediante el Dr. Raúl López Méndez, intentó establecer que el hecho de que una persona tenga un historial psiquiátrico previo, no necesariamente lo hace inimputable. El galeno indicó que el perito de la Defensa, el Dr. Santiago Noa, no discutió ninguno de los criterios necesarios para

⁷³ Íd., págs. 116-117:

During such a dissociative state, these individuals believe they are in another setting or environment and grossly misconstrue what is occurring. These individuals are neither cognizant of the character of their actions nor the need for them, and thus they do not know the nature and quality or the wrongfulness of their actions.

Además, los autores argumentan, de manera acertada, que este estado disociativo, semejante a la psicosis, puede fundamentar una defensa de incapacidad mental: “Consequently, PTSD-afflicted veterans experiencing delusions or dissociative states may be able to meet this threshold requirement for the insanity defense”. Íd., pág. 114.

poder concluir el Sr. Rivera González es inimputable. Enfatiza que, al contrario, su testimonio fue orientado a los historiales médico-hospitalarios anteriores de Rivera González; historiales que, de por sí, eran inconsistentes, al contener una variedad de diagnósticos y tratamientos. El doctor López Méndez señaló que, desde su punto de vista, analizando todo en detalle, **no podía concluir que existía suficiente evidencia para decir que el señor Rivera González sufría de esquizofrenia.**⁷⁴

Añadió que no veía en Rivera González síntomas de delirios ni alucinaciones, sino que lo que veía era una persona que había tenido una serie de dificultades desde joven y que padecía de dificultad de control de impulso y de una desregulación emocional, agudizada por el consumo habitual de marihuana. Asimismo, expresó que, en alguno de los casos, algunos médicos que lo habían visto habían pensado que tenía un trastorno de personalidad, lo cual es distinguible de un delirio, pues el trastorno de personalidad es egosintónico y en el mismo no se pierde contacto con la realidad. Sostuvo que, a lo largo de las múltiples estadías y evaluaciones de Rivera González, podría tratarse de dos cosas: que, por su desregulación emocional, Rivera González confundiera a todos los que lo evaluaron; o que este hubiese producido conscientemente una sintomatología para tratar de lograr una ganancia secundaria.

En la opinión de este doctor, al momento de los hechos no existía ningún tipo de evidencia clínica, documental o anecdótica de la cual se pudiera inferir que los eventos imputados a Rivera González ocurrieron bajo una condición que lo incapacitaba para tener contacto con la realidad. A tales efectos, señaló que, no había base para interpretar que Rivera González estaba actuando a base de un delirio y que desconocía la criminalidad de sus actos.

⁷⁴ TE., págs. 1316-1328.

Concluyó que, ante la ausencia de evidencia que justificara un delirio circunscrito, la conducta de Rivera González al cometer los dos asesinatos fue planificada, organizada y con pleno conocimiento de lo que estaba llevando a cabo. Destacó que el hecho de esconder el arma utilizada denotaba su intención de no ser encontrado y negaba completamente la posibilidad de un delirio, porque uno no tiene que esconder nada si uno no conoce la criminalidad de lo que ha hecho.⁷⁵

A preguntas de la Defensa, **el doctor López Méndez aceptó que no entrevistó a Rivera González, pues este no estuvo disponible, pero explicó que ello no era importante, pues con su evaluación del expediente, podía llegar a una opinión pericial.**

Manifestó que evaluó la totalidad de los récords de Rivera González ante Inspira, el Hospital Panamericano y el Centro Médico Correccional, no para refutar al doctor Santiago Noa, sino para determinar si refutaba o endosaba su teoría. A tales fines, indicó que, al revisar todos los datos, no concurría con el diagnóstico de esquizofrenia porque para él, Rivera González no tenía los criterios, el historial ni el funcionamiento típico de un esquizofrénico. Incluso, adujo que los tratamientos que estaba recibiendo eran más orientados a un trastorno afectivo.

Señaló que, del informe de Centro Médico Correccional, le llamó la atención que la mayoría de las descripciones sobre Rivera González eran sobre conducta afectiva y que en un lapso de tiempo corto las descripciones de los psicólogos y psiquiatras empezaban a variar. En una parte lo describían como lógico y coherente y en otras como deprimido y con ideas suicidas. Reiteró que en ninguna parte del informe encontró el delirio que estaba buscando para justificar la inimputabilidad de Rivera González. Reconoció que del récord del

⁷⁵ Íd., págs. 1328-1333.

Centro Médico Correccional surgían descripciones de alucinaciones, pero sostuvo que el cuadro sicótico completo no estaba descrito adecuadamente. Aclaró que muchos pacientes que no están sicóticos reciben antipsicóticos e indicó que Rivera González probablemente los recibió por las voces que decía escuchar. Además, expresó que el hecho de que Rivera González dijera que escuchaba voces no era evidencia suficiente para establecer un cuadro sicótico.⁷⁶

El doctor López Méndez sostuvo que una persona diagnosticada con esquizofrenia no necesariamente está asociada con inimputabilidad y que había personas esquizofrénicas que habían sido encontradas imputables. Indicó que su trabajo no era descartar o abrazar un diagnóstico y reiteró que no concurría con el diagnóstico de esquizofrenia del doctor Santiago Noa. Sin embargo, entendía que Rivera González tenía un trastorno de personalidad. Finalmente, indicó que, en su opinión, su conducta era característica de un asesino en serie.⁷⁷

Ciertamente, es insuficiente para esta Curia la opinión de este galeno en cuanto a la capacidad mental de Rivera González al momento de los hechos, máxime cuando este **admitió no haber entrevistado al Sr. Rivera González en ningún momento**. Destacamos, además, que el propio Juez de instancia, al dictar el fallo de culpabilidad, y previo a emitir su *Sentencia*, reconoció que Rivera González requería atenciones especiales para tratar su condición mental. El distinguido Juez expresó que no basó su decisión de hallar culpable a Rivera González en que **este no tuviese ningún tipo de condición o situación mental**, sino que, **para él, no se presentó prueba que le llevara a determinar que específicamente los días 25 y 26 de agosto de 2014, el acusado**

⁷⁶ Íd., págs. 1334-1384.

⁷⁷ Íd., págs. 1385-1395.

no comprendiera la criminalidad de los actos. Por su importancia, transcribimos *ad verbatim* el diálogo habido entre las partes y el Juez, en relación a las razones por las que el Foro recurrido descartó la defensa de incapacidad mental como eximente de responsabilidad.

Fiscal Torres: Con relación a los informes pre sentencia que surga [*sic*] una orden a la Trabajadora Social a los efectos que ausculte y recomiende al tribunal diferentes alternativas al momento de extinguir la pena, entiéndase diferentes instituciones, sean estatales, federales que puedan atender condiciones de este tipo de persona por decir algo. Si surge de la orden del tribunal la supervisora de la Trabajadora Social que habrá de hacerlo, así se lo va a instruir.

Juez: Ciertamente ese es el propósito de lo que estoy haciendo.

Lic. Cotto Luna: El fiscal ha manifestado que se atienda este tipo de persona. O sea, no perdoneme [*sic*], que es importante.

Juez: Yo, vamos, en lo que a mí respecta no es este tipo de persona. A un ciudadano que tiene unas necesidades particulares.

Fiscal: De es [*sic*] forma lo dije.

Lic. Cotto Luna: No hemos pensado que ha sido derogatorio la forma en que el fiscal lo ha dicho, si así lo interpretaron, lo interpretaron ambos equivocadamente y pedimos disculpas. No estamos diciendo que el fiscal derogatoriamente se ha expresado con relación a nuestro representado de alguna forma. Lo que pasa es decir este tipo de persona, es el reconocimiento de algo, qué [*sic*] es lo que estamos reconociendo con Orlando.

Fiscal: Estoy de acuerdo Juez, aquí hay prueba de que ha estado bajo un tratamiento.

Juez: El fallo lo acabo de dar y claramente expresé que no estoy abstrayéndome de que ciertamente don Orlando Rivera González tiene algún tipo de condición, pero el problema no es lo que yo crea, el problema no es lo que crea usted, el problema no es lo que crea el señor fiscal. El problema es de lo que se pruebe.

Lic. Cotto Luna: Ujum.

Juez: Y esto no es cuestión de lo que se crea y la realidad es, no podemos tapar el cielo con las manos, hay una situación seria en la nación norteamericana con relación a los veteranos, eso no es un secreto. Esto está clarísimo. En este caso vimos un capítulo minúsculo por decirlo así, de la problemática en gran escala que

hay. Pero el ordenamiento tiene unos requisitos para probar la insanidad mental como efecto de inimputabilidad para eximir a un ciudadano de responsabilidad penal de sus actos. Y en este caso no es por falta de esfuerzos, es que no contaba con dicha prueba que lo demuestre.⁷⁸

En otras palabras, el Juez reconoció, lo que siempre esbozó la Defensa, que Rivera González padecía de una condición mental seria y crónica, que le impedía comprender la criminalidad de su conducta o ajustarse al mandato de ley. La única diferencia entre la percepción del Juez y la Defensa se circunscribió al asunto técnico legal de la existencia de prueba específica de la condición mental de Rivera González los días específicos en los cuales ocurrieron los hechos. Distinto a la Defensa, que planteó que su prueba establecía duda razonable sobre la cordura de Rivera González, antes, durante y después de los hechos, para el Juez, no hubo prueba que le permitiera determinar que los días de los eventos, Rivera González estaba incapacitado mentalmente. Es decir, el reputado Juez de instancia, rechazó la defensa de inimputabilidad bajo la premisa de que la Defensa no aportó prueba de la **insanidad** de Rivera González específicamente los días 25 y 26 de agosto de 2014.⁷⁹

Luego de un análisis minucioso de la evidencia, las transcripciones y la literatura relevante, estamos convencidos que, como cuestión de derecho, el Juez de instancia erró al así actuar. Ciertamente, resulta irrazonable concluir, que una persona carece de sus facultades mentales, meses, semanas e incluso días con anterioridad a los hechos, así como en los días posteriores, **y no concluir que el día de los hechos era igualmente incapaz**. Si bien es cierto que la procedencia exitosa de la defensa de inimputabilidad depende de prueba que establezca la locura del acusado en el

⁷⁸ Íd., págs. 1506-1507.

⁷⁹ El Tribunal de Primera Instancia suprimió el arma de fuego ocupada por la Policía por entender que la misma fue ocupada tras un registro sin orden y con posterioridad al arresto. Por ello, declaró al señor Rivera González no culpable por infracción a la Ley de Armas.

momento de cometer el hecho delictivo, no es menos cierto que, prueba de actos anteriores, concomitantes o posteriores, es claramente material y relevante para inferir el estado mental al momento del hecho.⁸⁰

Nuevamente, enfatizamos que el testimonio abundante, presentado por ambas partes, demuestra claramente que la conducta del acusado es típica de un ser humano gravemente afectado por condiciones mentales que afectan tanto su habilidad para reconocer la gravedad y criminalidad de sus actos como su capacidad para comportarse de acuerdo con el mandato de ley. Determinar lo contrario causaría un fracaso de la justicia y atentaría contra los principios básicos de nuestro derecho penal, toda vez que se estaría castigando a una persona que, a todas luces, resulta ser inimputable por los delitos acusados.

Finalmente, señalamos que, al determinar que el Sr. Rivera González es inimputable por razón de incapacidad mental, resultaría inoficioso atender los demás señalamientos de error presentados.

IV.

Por los fundamentos antes expuestos se dicta sentencia revocatoria y se absuelve al acusado apelante. Este continuará recluido bajo la custodia del Alcaide de la Cárcel y el Tribunal de Primera Instancia dará cumplimiento a lo dispuesto en los Arts. 81 al 85 del Código Penal,⁸¹ y con la Regla 241 de las de Procedimiento Criminal,⁸² que establece el procedimiento para la imposición de la medida de seguridad del incapacitado mental.

⁸⁰ *Pueblo v. Ríos Maldonado*, 132 DPR 146 (1992); *Molina v. Delgado*, 96 DPR 191 (1968); *Pueblo v. Tribunal Superior*, 92 DPR 116 (1965); *Pueblo v. Sánchez*, 79 DPR 116 (1956);

⁸¹ 33 LPRA §§ 5121-5125.

⁸² 34 LPRA Ap. II, R. 241.

Lo acordó y manda el Tribunal y lo certifica la Secretaria del Tribunal de Apelaciones. La Jueza Soroeta Kodesh emite por escrito opinión disidente.

Lcda. Lilia M. Oquendo Solís
Secretaria del Tribunal de Apelaciones