

Autor portada: Jorge Barrón.

Título: *I love war.*

Volumen XIX



Nº 69



Nº 70



Nº 71

Volumen XX



Nº 72



Nº 73



Nº 74

Volumen XVII



Nº 63



Nº 64



Nº 65

Volumen XVIII



Nº 66



Nº 67



Nº 68

Volumen XV



Nº 57



Nº 58

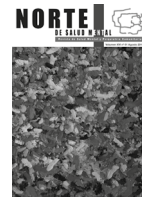


Nº 59

Volumen XVI



Nº 60



Nº 61



Nº 62

Volumen XIII



Nº 51



Nº 52



Nº 53

Volumen XIV



Nº 54



Nº 55



Nº 56

Volumen XI



Nº 45



Nº 46



Nº 47

Volumen XII



Nº 48



Nº 49



Nº 50

Volumen IX



Nº 39



Nº 40



Nº 41

Volumen X



Nº 42



Nº 43



Nº 44

Volumen VIII



Nº 33



Nº 34



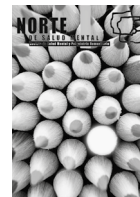
Nº 35



Nº 36



Nº 37



Nº 38

Volumen VII



Nº 27



Nº 28



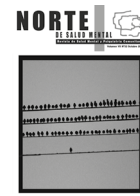
Nº 29



Nº 30



Nº 31



Nº 32

NORTE de Salud Mental

Director:

Markez, Iñaki

Consejo Editorial:

Aparicio, Helena
Conseglieri, Ana
Domínguez, Iria

Fuica Pereg, Paula
González Brito, Natalia
Jiménez, Ana María

Kuhalainen, Javier
Lalana, José Manuel
Marqués Mateu, María José

Martínez, Silvestre
Sánchez Alter, Cosme
Vera Barrios, Eduardo

Consejo Asesor y de Redacción:

Achótegui, Joseba
Albi, Inmaculada
Álvarez, José M^a
Álvarez Vila, Mayte
Alzamora, Miguel Ángel
Aparicio, Víctor
Arias, Paz
Ballesteros, Javier
Barrenetxea, Olatz
Berrios, Germán E.
Bravo, Mari Fe
Cabanes, Mariola
Caldas d'Almeida, José
Candela, Ruth
Carranza, Arturo
Carrasco Picazo, Juan Pablo
Castro, Mercedes
Català, Laura
Chicharro, Francisco
Cifre, Antonia
Colina, Fernando
Comelles, Josep M^a
Del Rio, Francisco

Desviat, Manuel
Esteban, M. Luz
Estévez, Juan Antonio
Fernández Liria, Alberto
Ferrer, Carmen
Ferrera, Beatriz
Forcén, Luis
Frère, Javier
Fuster, María
García Soriano, Maite
Gay, Eudoxia
Gómez, Chus
Gómez-Beneyto, Manuel
González Lorenzo, Félix A.
González-Pinto, Rodrigo
González Saiz, Francisco
González Torres, Miguel Á.
Gracia, Fernando
Gutiérrez Fraile, Miguel
Haro González, Adrián
Hernández, Mariano
Hernández Padilla, María
Huertas, Rafael

Inchauspe, Jose Antonio
Insua, Patricia
Lamas, Santiago
Lasa, Alberto
Marín, Mónica
Marina, Pedro
Marqués, M. José
Marquínez, Fernando
Martínez-Azumendi, Óscar
Martínez, Ana
Mayoral, Fermín
Meneses, Carmen
Mezzich, Juan
Molina, Germán
Morchón, J.
Moreno, Ana
Olabarria, Begoña
Pacheco, Luis
Pérez, Alicia
Pérez-S, Pau
Polo, Cándido
Prego, Roque
Pradana, M^a Luz

Redero, José María
Rendueles, Guillermo
Retolaza, Ander
Rivas, Eva
Rodríguez, Beatriz
Rodríguez Pulido, Francisco
Salvador Moreno, Albert
Sánchez-C., M. Luisa
Saraceno, Benedetto
Sepúlveda, Rafael
Serrano, Javier
Soler, M^a del Mar
Susparregui, J. M^a
Tari, Antonio
Thornicroft, Graham
Tizón, Jorge Luis
Valverde, Mikel
Vecino, Antonio
Villarreal, Berna
Villasante, Olga

✓ Acceso disponible en: ome-aen.org/biblioteca/revista-norte/ • Correo-e: revistanorte@ome-aen.org

✓ Todos los artículos publicados, incluyendo editoriales y cartas, representan la opinión de los autores y no reflejan las directrices de NORTE de Salud Mental salvo que esté así especificado.

✓ Todos los artículos están accesibles de modo gratuito en la web: ome-aen.org/biblioteca/revista-norte/

NORTE de Salud Mental es accesible también en el Servicio Bibliográfico y Accesos abiertos de:

- Anuario FEAP
- CDD/SIIS (Centro de Documentación del País Vasco)
- DIALNET
- Dulcinea
- Directory Open Acces Journals (DOAJ)
- e-revist@s
- IME (Índice Médico Español)
- MEDicina en ESpañol (MEDES)
- psiquiatria.com
- Psiquiatría Sur
- RCS
- Repositori UJI
- Repositorio AEN



NORTE de salud mental
Vol XX n.º 74, julio 2025

<https://ome-aen.org/biblioteca/revista-norte/>

Realización y Administración:

OME • c/Araba, 6 bajo (entrada por c/Burgos) • 48014 Deusto. Bilbao

revistanorte@ome-aen.org

Autora portada: Jorge Barrón.

Título: I love war.

Logo Norte de Salud Mental: Eduardo Chillida.

Fotografías: Archivo OM Editorial y AEN.

ISSN: 1578-4940 • Depósito Legal: 1565/02

Diseño y maquetación: Marra Servicios publicitarios, S.L.



Norte de salud mental está bajo una licencia de Creative Commons.

Debe reconocer los créditos de la obra de la manera especificada por el autor o el licenciador (pero no de una manera que sugiera que apoyan el uso que hace de su obra). No se permite un uso comercial de la obra original ni de las posibles obras derivadas, la distribución de las cuales se debe hacer con una licencia igual a la que regula la obra original. Licencia completa: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/es/>

Sumario

NORTE de salud mental 74. Julio 2025.

Editorial	5
• Un siglo desde el nacimiento de la AEN-PSM: tiempos de incertidumbre, tiempos para el cambio. <i>Ana Conseglieri.</i>	7
Originales y revisiones	11
• ¿Locura o cultura? <i>Teresa Enríquez Vidal, Laura Molina Areses, Ekhiñe Villar Oloriz, Irene Lastiri Garrido, Kholoud El Hajoui Rouaz.</i>	13
• Impacto Clínico y Asistencial de un Programa de Atención Específica al Trastorno Psicótico Incipiente (PAE-TPI) de Mirada Comunitaria, en Comparación con la Asistencia Convencional. <i>Julio Company Ortega.</i>	28
• Terapia de Ajuste Evolucionista para los Dominios de la Personalidad. Una intervención universal. <i>Roberto García Sánchez.</i>	45
• Ni disminuidos, ni discapacidad: diversidad funcional. La falacia del diagnóstico. Constructos biomédicos y sociales de la discapacidad. <i>Federico Menéndez Osorio.</i>	55
• Psicoterapia de grupo en una unidad de hospitalización de media estancia y en hospitalización psiquiátrica breve. <i>Irati Armentia Marín, Andrea Prieto Areán, María Salinero Lobo.</i>	72
Pre-ocupaciones	87
• Introducción al test del Kayak. Test evolucionista darwiniano en salud mental. <i>Joseba Achotegui.</i>	89
• Inspiración: el Arte en la Salud Mental. <i>Javier Alejandro Kuhalainen Munar.</i>	97
• Los cuidados más allá del genograma: hacia una abolición de la familia. <i>Manuel Gil Eliche Moreno.</i>	99
Historia	107
• Hace ya algún tiempo: Rodrigo González Pinto (1893-1974). Primer profesor de Psiquiatría en la Universidad Vasca. <i>Sonsoles Pacheco Larrucea, Reda Rahmani El Ouachekradi, Juan Medrano Albéniz, Oscar Martínez Azumendi, Iñaki Markez Alonso, Luis Pacheco Yáñez.</i>	109
• Valentín Corcés Pando (1943-2025). El creativo y sólido reformador de la salud mental. <i>Víctor Aparicio Basauri.</i>	133
Actualizaciones	135
• Cronicidad en salud mental radiografía y diagnóstico. <i>Elena M^a Rodríguez Seoane.</i>	137
• Crónica de una sociedad intoxicada. <i>Joan-Ramon Laporte.</i>	138
• Psychiatry and the Human Condition: A Scientific Biography of Silvano Arieti (1914-1981). <i>Roberta Passione.</i>	139
• Otras lecturas. Literatura y Clínica. <i>Carlos Rey.</i>	142
• Voces de mujeres. La travesía del silencio. <i>Lierni Irizar y Arnoldo Liberman.</i>	145
• Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria.	148
• Boletín de la Asociación Madrileña de Salud Mental.	149
• Revista AEN	150

Summary

NORTE de salud mental 74. July 2025.

Editorial	5
• A century since the birth of the AEN-PSM: times of uncertainty, times for change. <i>Ana Conseglieri.</i>	7
Original and reviews articles	11
• Madness or culture? <i>Teresa Enríquez Vidal, Laura Molina Areses, Ekhiñe Villar Oloriz, Irene Lastiri Garrido, Kholoud El Hajoui Rouaz.</i>	13
• Clinical and Health Care Impact of a Community-Based Specific Care Program for Incipient Psychotic Disorder (SCP-IPD) in Comparison with Conventional Assistance. <i>Marta Teruel Romero.</i>	28
• Evolutionary Adjustment Therapy for Personality Domains. A universal intervention. <i>Roberto García Sánchez.</i>	45
• Neither disabled, nor disability: functional diversity. The fallacy of disability diagnosis. Biomedical and social constructs of disability. <i>Federico Menéndez Osorio.</i>	55
• Group psychotherapy in a medium-stay hospitalization unit and in brief hospitalization. <i>Irati Armentia Marín, Andrea Prieto Areán, María Salinero Lobo.</i>	72
Concerns Challenges	87
• Introduction to the Kayak test. Darwinian evolutionary test in mental health. <i>Joseba Achotegui.</i>	89
• Inspiration: Arts in Mental Health. <i>Javier Alejandro Kuhalainen Munar.</i>	97
• Care beyond the genogram: towards an abolition of the family. <i>Manuel Gil Eliche Moreno.</i>	99
History	107
• Some time ago: Rodrigo González Pinto (1893-1974). First professor of Psychiatry at the Basque University. <i>Sonsoles Pacheco Larrucea, Reda Rahmani El Ouachekradi, Juan Medrano Albéniz, Oscar Martínez Azumendi, Iñaki Markez Alonso, Luis Pacheco Yáñez.</i>	109
• Valentín Corcés Pando (1943-2025). Creative and solid reformer of mental health. <i>Víctor Aparicio Basauri.</i>	133
Book reviews	135
• Cronicidad en salud mental radiografía y diagnóstico. <i>Elena M^a Rodríguez Seoane.</i>	137
• Crónica de una sociedad intoxicada. <i>Joan-Ramon Laporte.</i>	138
• Psychiatry and the Human Condition: A Scientific Biography of Silvano Arieti (1914-1981). <i>Roberta Passione.</i>	139
• Otras lecturas. Literatura y Clínica. <i>Carlos Rey.</i>	142
• Voces de mujeres. La travesía del silencio. <i>Lierni Irizar y Arnoldo Liberman.</i>	145
• Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria.	148
• Boletín de la Asociación Madrileña de Salud Mental.	149
• Revista AEN	150



EDITORIAL

Un siglo desde el nacimiento de la AEN-PSM: tiempos de incertidumbre, tiempos para el cambio.

A century since the birth of the AEN-PSM: times of uncertainty, times for change.

Ana Conseglieri.

Presidenta de la AEN-PSM. Psiquiatra, CSM Parla, UGCPHM, HUIC, Madrid.

anaconseglieri@hotmail.com

En 2024, la Asociación Española de Neuropsiquiatría-Profesionales de la Salud Mental (AEN-PSM) cumplió su primer centenario, consolidándose como un referente clave en la historia de la salud mental en España. No es el único referente, claro; por eso, la historia de la AEN-PSM no es exactamente la historia de la psiquiatría y la salud mental de nuestro país, que para su comprensión requeriría incorporar a otros actores, instituciones, organismos y acontecimientos que han contribuido a configurarla¹.

La Asociación fue fundada en Barcelona los días 29 y 30 de diciembre de 1924, promovida por Emilio Mira López y Belarmino Rodríguez Arias, con el propósito de reformar la asistencia psiquiátrica, fortalecer la enseñanza especializada y facilitar la creación de una Liga Española de Higiene Mental. Durante las sesiones fundacionales se aprobó su constitución y se eligió una junta provisional, presidida por Manuel Saforcada, con Belarmino Rodríguez Arias como secretario (1). Su creación respondía a la necesidad de articular una plataforma profesional para los neuropsiquiatras, impulsar reformas legislativas y establecer vínculos con los movimientos internacionales de higiene mental.

En los años siguientes, la AEN vivió una etapa de intensa actividad, en sintonía con las reformas posteriormente desarrolladas durante la Segunda República. Se aprobaron medidas como el Decreto de julio de 1931, la creación del Consejo Superior Psiquiátrico o la profesionalización de figuras como el enfermero psiquiátrico. En este contexto de renovación institucional y asistencial, en 1932 surgió también la Agrupación de padres y protectores de anormales mentales y enfermos mentales como un movimiento asociativo que entre sus propósitos contaba con prestar apoyos a organismos como la Liga o el Consejo (2). Ese mismo año, la AEN planteó por primera vez una posible reorganización de la Asociación en clave federal, como respuesta al nuevo marco autonómico abierto con el Estatuto de Cataluña. En 1935 se realizó la última reunión antes del estallido de la Guerra Civil, con ponencias previstas para el congreso de 1937, que finalmente no llegó a celebrarse (1).

Esta etapa reformista quedó interrumpida por la Guerra Civil y la posterior dictadura. La psiquiatría pasó a estar bajo control estatal, dominada por el modelo manicomial y la ideología nacionalcatólica. En esta situación, la AEN adoptó una postura poco crítica y alineada con el régimen, aunque desarrollando congresos en los que denunciaban carencias del sistema y promovían propuestas de mejora, como las motivadas por el PANAP. A partir de los años setenta, la AEN experimentó una transformación interna radical, en sintonía con los movimientos sociales y culturales emergentes. No obstante, esta etapa resulta incomprensible sin tener en cuenta el marco internacional. La OMS había propuesto en 1948 una visión integral de la salud; el informe Lalonde (1974) introdujo los de-

¹ Se han consultado y analizado las editoriales publicadas por la Revista de la AEN entre 1981 y 2025, disponibles en su archivo digital. En: Revista de la AEN. Editoriales publicadas entre 1981 y 2025. Rev Asoc Esp Neuropsiq. 1981-2025.

terminantes sociales y la Declaración de Alma-Ata (1978) legitimó internacionalmente a la atención primaria como eje del sistema sanitario (3). En paralelo, se desarrollaron sistemas sanitarios universales y se aprobaron reformas legislativas relevantes en salud mental: la Ley británica de 1959, la Circular francesa sobre el sector de 1960, la Ley estadounidense de 1963 y, años más tarde, la Ley italiana de 1978, normativas que impulsaban una alternativa al modelo manicomial tradicional. Inspirada en estos cambios, en los años setenta emergió en España una masa crítica de profesionales que protagonizó una segunda refundación de la AEN tras su Congreso de Sevilla de 1977. Desde entonces, la Asociación se alineó con los principios de la reforma psiquiátrica, favoreciendo un modelo comunitario y desinstitucionalizador, y participando activamente como interlocutora en el desarrollo de políticas públicas de salud.

Durante las décadas de 1980 y 1990, la AEN se consolidó como actor determinante en la transformación de la salud mental en España, destacando por su carácter multiprofesional y descentralizado. Participó en debates legislativos, denunció las carencias del sistema, potenció la organización territorial a través de asociaciones autonómicas y creó su propia revista como espacio de pensamiento crítico. Advirtió sobre los riesgos de una medicalización excesiva y de la creciente influencia de la industria farmacéutica (4).

En el año 2000, la AEN modificó su nombre a AEN-Profesionales de la Salud Mental, en reconocimiento a su composición multiprofesional. En un contexto de descentralización sanitaria y avance de modelos privatizadores, defendió una visión comunitaria y centrada en derechos humanos. En ese marco, organizó el Observatorio de Salud Mental y la Escuela de Salud Mental como herramientas estratégicas de análisis y formación. La crisis económica de 2008 -conocida como la "década perdida"- trajo consigo políticas de recortes que debilitaron los sistemas de protección social y restringieron el acceso universal a la sanidad. Surgieron movimientos de protesta como la Marea Blanca y la AEN-PSM reforzó su activismo en defensa de la sanidad pública.

Desde entonces, la AEN-PSM ha mantenido una intensa actividad asociativa, centrada en la defensa de los derechos humanos. Su acción ética y política se ha guiado por la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (ONU, 2006) (5) y el Manifiesto de Cartagena (2016) (6). Textos que han legitimado la posición crítica de la Asociación frente al uso de prácticas coercitivas, reforzando su apuesta por modelos de atención participativos, basados en los derechos, y en alianza con los movimientos en primera persona reconociendo su papel fundamental en la transformación de los servicios (7).

La eclosión de la pandemia de COVID-19, evidenció aún más las debilidades estructurales del sistema sanitario, agravadas tras una década de recortes. En respuesta, la AEN-PSM organizó un gabinete de crisis para reflexionar colectivamente sobre los desafíos actuales, no solo los derivados de la pandemia, sino también los provocados por otras crisis contemporáneas -catástrofes naturales, guerras, cambio climático- que generan sufrimiento psíquico. En este contexto, la Asociación ha reafirmado la necesidad de abordar los determinantes sociales de la salud -como la pobreza o la desigualdad- para garantizar una atención más justa.

En estos nuevos tiempos, la AEN-PSM se enfrenta a un escenario marcado por la precariedad y el avance del mercantilismo neoliberal que convierte la salud en un bien de consumo. Para ello, apuesta por recuperar una visión colectiva de la salud mental, reconstruir el modelo comunitario desde el diálogo, la escucha y la colaboración. Se propone integrar nuevos marcos conceptuales y enfoques que permiten comprender el sufrimiento psíquico como el resultado de múltiples desigualdades sociales. Entre los desafíos actuales se encuentra el de revitalizar el compromiso ideológico dentro del asociacionismo profesional y facilitar el relevo generacional. El reciente XXIX Congreso Nacional de la AEN, celebrado en Bilbao el pasado 5, 6, y 7 de junio de 2025, ha puesto de manifiesto que, incluso en un contexto de creciente corporativismo, la multiprofesionalidad sigue siendo una de las mayores fortalezas de la Asociación. Nos enriquece y nos compromete a seguir siendo un espacio abierto, diverso e inclusivo, a la altura del lema que inspiró el congreso: *el paradigma de la complejidad* (8).

Bibliografía

1. Lázaro J. La reunión fundacional de la Asociación Española de Neuropsiquiatras. Rev Asoc Esp Neuropsiq. 1995;15(53):295–308.
2. Conseglieri A, Candela R. Los albores de la organización social en España para la defensa de las personas con discapacidad: la Agrupación de padres y protectores de anormales mentales y enfermos mentales (1932-1939). En La construcción histórica de la salud: saberes, prácticas, experiencias e imaginarios. Madrid: Sociedad Española de Historia de la Medicina (en prensa).
3. Desviat M. Evolución histórica de la atención a la salud mental: hitos esenciales en la construcción del discurso de la salud mental comunitaria. Educació Social. Revista d'Intervenció Socioeducativa. 2020;(75):17–45.
4. Conseglieri A, Huertas R, Coords. Dossier: En el centenario de la AEN-PSM. Rev Asoc Esp Neuropsiq. 2024;44(146):183-297.
5. Instrumento de Ratificación de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, hecho en Nueva York el 13 de diciembre de 2006. BOE, n.96, de 21 de abril de 2008; pp. 20648-20659.
6. Manifiesto de Cartagena por unos servicios de salud mental respetuosos con los derechos humanos y libres de coerción. Cartagena, 3 de junio de 2016. Disponible en: <https://aen.es/wp-content/uploads/2016/06/MANIFIESTO-DE-CARTAGENA-LOGOS-2-1.pdf>
7. Fuster Blay M. El compromiso ético de la AENPSM con los derechos humanos y la dignidad. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 2024;44(145):9–15.
8. Martínez Azumendi O, Pacheco L, Conseglieri A, Villasante Armas O, Coords. Una vida centenaria: La Asociación Española de Neuropsiquiatría AEN-PSM (1924–2024). Madrid: AEN–Estudios, 2025.



ORIGINALES Y REVISIONES

¿Locura o cultura?

Madness or culture?

Teresa Enríquez Vidal. [orcidID: 0009-0004-8975-0920](#).

Laura Molina Areses. [orcidID: 0009-0006-5254-2794](#).

Ekhiñe Villar Oloriz. [orcidID: 0009-0007-1648-933X](#).

Irene Lastiri Garrido. [orcidID: 0009-0001-8572-8580](#).

Kholoud El Hajoui Rouaz. [orcidID: 0009-0003-5996-3709](#).

Residentes de Psicología Clínica del Hospital Universitario Río Hortega.
Calle Dulzaina 2 • 47012 Valladolid

Resumen: Este artículo se compone de tres textos realizados a propósito de las Jornadas de La Otra Psiquiatría: los límites de la locura, en mayo del 2024.

La hipótesis que seguimos es que, a la hora de delimitar la locura, el contexto histórico, social, económico y cultural tienen una gran influencia, hasta el punto de patologizar ciertas conductas o experiencias en determinados entornos o momentos de la historia, siendo en otros criterios de normalidad. En el primer texto, hemos querido dar respuesta a qué es la locura y cuáles han sido sus modificaciones a lo largo de la historia. En el segundo, de la mano de la etnopsiquiatría y la psiquiatría transcultural, recorreremos la variabilidad en la concepción de la locura en diferentes partes del globo. Finalmente, en el tercero se ofrece una perspectiva de género que explora las relaciones entre la locura y la historia de la mujer.

Palabras clave: psiquiatría, locura, historia, etnopsiquiatría, cultura, género, feminismo.

Abstract: This article consists of three texts written for a conference held in May 2024 titled "The Limits of Madness", organized by the Spanish collective "La Otra Psiquiatría" ("The Other Psychiatry").

The hypothesis we follow is that, when it comes to defining madness, the historical, social, economic, and cultural context has a significant influence, to the point of pathologizing certain behaviors or experiences in specific settings or moments in history, while in others they are considered criteria of normality. In the first text, we aimed to answer what madness is and how its definition has evolved throughout history. In the second, guided by ethnopsychiatry and transcultural psychiatry, we will explore the variability in the conception of madness across different parts of the globe. Finally, the third text offers a gender perspective that examines the relationships between madness and the history of women.

Key words: psychiatry, madness, history, ethnopsychiatry, culture, gender, feminism.

¿Loco o desviado?

Queremos empezar a abordar este complejo tema definiendo qué es la locura y qué entendemos por ella, siendo estas preguntas que no resultan tampoco sencillas.

Se han dado multitud de definiciones a la locura en la historia de la psiquiatría, y la forma que se ha encontrado para hacerlo ha sido, como afirma José María Álvarez (1), mediante opuestos. Entre ellos, el más recurrido ha sido el de locura versus razón (2). La razón a la que se suele hacer referencia es una facultad destinada al conocimiento, y que se atribuye al ser humano en contraposición a otros animales. Esta consideración nos lleva a otra oposición que ha sido también muy utilizada, la de locura versus realidad, donde la razón queda transformada en modo de conocimiento, medida y criterio de realidad. (2-3)

A este propósito, Freud distinguió entre la realidad psíquica, preponderante en el mundo de la neurosis y la realidad material (4). Para él, la relación del neurótico con la realidad está también trastocada, y observó similitudes entre neurosis y psicosis en cuanto que ambos se rebelan contra una realidad objetiva: el neurótico evita y huye de la realidad mediante la represión o la fantasía, dejando claro que no quiere saber nada de ella; el loco la reconstruye mediante el delirio para hacerla más soportable. (4)

Hay un punto de vista que considera la locura como “lo otro” de la razón (1) al contemplar que la oposición entre locura y razón resulta artificial, pero si además consideramos otros puntos de vista como el antropológico, nos damos cuenta de que esta distinción resulta falsa dado que en diferentes contextos de la historia y en diferentes culturas se ha considerado al loco como alguien dotado de poderes proféticos, o divinamente inspirado. También se ha relacionado con la excelencia y la genialidad, incluso se ha visto como una voz crítica de la miseria humana, cargada de razones. En palabras de José María Álvarez (1), al ver la locura como “lo otro” de la razón, recuperamos una concepción de esta como una parte del ser indisociable, de tal forma que llegamos a aspectos propios de la condición humana que no podríamos alcanzar sin entender algo de esta.

La consideración de la locura como “lo otro” de la razón nos permite conocer al loco y ofrecer un trato y tratamiento dignos, sin embargo, advierte Huertas (5), a lo largo de la historia de la psiquiatría esta relación se ha visto obstaculizada debido, entre otras cosas, al uso del control social, que se traduce en una pedagogía del “buen sentido, la verdad y la moral” (6), y que recurrirá al miedo y la coerción, tratando de convencer al loco de su error, y considerando el autocontrol como un elemento de gran importancia. Para poder ser consecuentes con esto, se tiene que contar con un principio fundamental, y es que existe una racionalidad en el loco. Rompiendo así con una idea de locura completa y reconociendo que “el loco, no está del todo loco” (5).

En palabras de Huertas (5), un sistema de control social implica la existencia de residuos, ya que siempre hay algo inclasificable, inasimilable, ineducable o irreductible, y el loco se ha considerado el residuo de los residuos. Se generan estrategias de coerción dirigidas especialmente a las clases dominadas, y de este modo lo “normal” y lo “anormal” pasa a ser asimilado como un juicio, siendo lo “anormal” todo lo que se sale de la norma establecida por el pensamiento hegemónico. La ciencia médica, junto con el derecho y la teología, se erigen como saberes de normativización social, al tener la facultad de decidir qué es “sano” o “normal” y qué “patológico” o “anormal”. Las disciplinas tienen discursos que ordenan y regulan, y son creadores de aparatos de saber. Estos discursos de “verdad” determinan los “cómos, porqués, qué y quiénes de la locura” (6).

Así, advierte Huertas (5) de que la ciencia se convierte en una de las herramientas fundamentales para la normalización social y la restitución de la norma moral de los “desviados”, y el conformismo se ve como algo necesario y positivo para evitar el conflicto social, creándose una “política de verdad” ligada al conocimiento, resulta interesante la consideración de la histeria como núcleo de rebeldía y resistencia, ya que, con su variedad de síntomas y recursos, no acepta la disciplina y se

rebela contra el poder y la verdad. Foucault llega a describir a la histérica como “la primera militante de la antipsiquiatría”. Aunque esta afirmación es, desde luego, provocativa, no sabemos hasta qué punto es acertada. Lo que sí sabemos es que hubo pacientes psiquiatrizados que comenzaron a negociar diagnósticos, tratamientos y formas de vida en los manicomios, a denunciar abusos y negarse a tratamientos que consideraban una invasión de la intimidad, mostrando resistencias ante las imposiciones de quienes ostentaban el poder, y cuestionando el régimen de “verdad” generado por expertos (5).

A la hora de elaborar una idea sobre la influencia social y cultural en la delimitación de la locura, nos resulta de gran interés esta denuncia al pensamiento y las prácticas dominantes, dado que el sufrimiento psíquico otorga un saber y una verdad diferentes. Se trata de un saber que es profano, porque no está generado por expertos reconocidos, pero también porque viene a “profanar” algunas verdades científicas (5).

Respecto a este asunto, Huertas (5) habla de que surge una teoría crítica feminista, la “teoría del punto de vista”, donde se tiene en cuenta que la perspectiva del individuo y su forma de ver el mundo está moldeada por sus experiencias sociales y políticas, ofreciendo de esta manera otra visión diferente a la que podemos encontrar en los libros, y que nos resulta de gran interés a la hora de elaborar una idea sobre la locura. La idea central de esta teoría es que quienes están sujetos a estructuras de dominación que sistemáticamente los marginan y oprimen, pueden ser epistemológicamente privilegiados al comprender y experimentar cosas diferentes a aquellos que están dentro de la cultura dominante.

Para establecer los límites de la locura, y definir la manera de relacionarnos con ella, Huertas (5-6) también señala la importancia de recurrir a los escritos de los locos y locas para poder indagar en su subjetividad, encontrando una narrativa repleta de impresiones, sensaciones, percepciones y sentimientos que solo el sujeto es capaz de transmitir. Entre estos escritos podemos encontrar por ejemplo cartas de pacientes manicomiales, donde aparecen intentos de negociación y transmiten la emoción de desconcierto y espera. Esta espera supone una ubicación paradójica en un lugar que no les es propio, y al que tampoco les vincula ninguna pertenencia. Esta impresión aparece de manera repetida en expresiones como: “este no es mi sitio”, “yo no tendría que estar aquí”, “sácame pronto”, “a ver si vienes a buscarme que yo no puedo estar aquí”, “usted habrá observado que yo no estoy loca”. Todo esto nos sugiere la sensación de indefensión, y emociones diversas, sobre todo de sufrimiento.

Por todo esto, la historia de la subjetividad puede recoger, actualizar y ayudar a comprender de otra forma la historia de la psiquiatría. Estas voces, explica Huertas (5) que pueden considerarse desde dos aspectos diferentes, uno psicopatológico que nos permite considerar la importancia del discurso de la locura para construir una clínica de la subjetividad, y uno sociocultural, como muestra de experiencias de sufrimiento psíquico, internamiento y estigma social en contextos cambiantes. Podemos de esta forma acceder a niveles interpretativos que no serían posibles desde otros enfoques. No podemos prescindir de la contextualización que ha permitido la formación de las disciplinas psicológicas modernas, pero estos saberes también han condicionado la forma en que los individuos se conciben y actúan con respecto a ellos mismos. A lo largo de la historia y en función del contexto social y cultural, ocurren cambios en las experiencias de tiempo y espacio, estilos de pensamiento y acción, en el consumo y el deseo y en las relaciones entre generaciones, sexos o clases, así como en las pautas de conducta social. La locura entonces no sería transhistórica, sino que estaría desarrollada en contextos sociales y culturales concretos, y la manifestación sólo existiría como objeto clínico en el marco histórico cultural en el que se constituye.

En este sentido, Huertas (5) menciona a Ian Hacking, filósofo e historiador de la ciencia, que contempló una forma diferente de ver el mundo con sus aportaciones sobre la filosofía del lenguaje y el examen histórico-social de la subida y caída de las disciplinas y teorías. Buscaba en su trabajo el uso del sentido común, y demostrar que se puede intervenir en la realidad para modificarla. Uno de sus objetos de estudio fue la “enfermedad mental transitoria” (7), que definió como aquella que aparece en un tiempo

y lugar determinado, y siempre por razones que tienen que ver con el ambiente cultural y el contexto socio-geográfico. Para identificarlas recurre a la metáfora del “nicho ecológico”, un lugar en el que se dan las condiciones adecuadas para que un síntoma se desarrolle, y en el interior del cual actúan una serie de vectores:

1. El vector lingüístico-taxonómico indica que el nuevo síntoma debe encajar en algún sistema taxonómico para poder ser nombrado y reconocido de acuerdo con el lenguaje científico.
2. El de polaridad cultural se refiere a que debe ubicarse entre dos polos culturales antitéticos, siendo a la vez objeto de admiración colectiva y de comportamiento que crea inquietud o repulsión.
3. El de observabilidad advierte de que la enfermedad ha de ser visible e identificable como desorden, comportamiento patológico o sufrimiento tanto por expertos como por la población general.
4. Por último, el de liberación-agregación afirma que dicho comportamiento debe permitir alcanzar objetivos vitales que no sería posible alcanzar de otra forma.

Huertas (5) hace una revisión de algunos ejemplos en los que estos vectores se manifiestan, comenzando por el ejemplo que el mismo Hacking propuso, con los locos viajeros o Mad Travelers (8), sujetos que desaparecen de su domicilio y regresan al cabo de un tiempo. Apareció por primera vez en 1887, y se le llamó “automatismo ambulatorio”. Se incluyó en una taxonomía ya establecida, aunque existía el debate de si era un síntoma histérico o de epilepsia. El comportamiento suscitaba una incómoda fascinación, entre la desconfianza y el temor hacia los vagabundos y la atracción hacia los viajes. Ocurrió en Francia, donde se juntaban las condiciones para el vector de observabilidad, al haber médicos forenses que investigaban desertores del ejército, ya que el reclutamiento era obligatorio, y además existía el problema social del vagabundaje.

Otro ejemplo que propone Huertas (5) es la drapetomanía, un cuadro psicótico que se reconoció en 1850 y cuyo síntoma era que algunos esclavos tenían un deseo irracional de huir de las plantaciones. Para sorpresa de nadie, hoy se considera racismo científico, pero en aquel momento, el querer huir de la esclavitud se ubicaba en la taxonomía de la monomanía, y era observada y aceptada en un lugar concreto. Además, se ubicaba entre dos polos, esclavismo versus abolicionismo, con un objetivo incompatible con la condición de esclavo, que era la libertad.

Las psicosis puerperales que estudió Vaschetto (9) en los manicomios argentinos en el tránsito del siglo XIX al XX, pueden verse también desde esta perspectiva vectorial. Se consideraba una “locura tóxica”, pero se trataba de una toxicidad que venía del interior del cuerpo de la mujer. Aclara Huertas (5) que los polos culturales se definirían por un sentimiento de lástima hacia la mujer embarazada, y el rechazo social hacia mujeres extranjeras o pertenecientes a grupos marginales como prostitutas o vagabundas. El vector observabilidad estaría condicionado por el nivel de intimidad en el momento del parto, aquellas mujeres, generalmente pobres, que tenían que parir en hospitales públicos estaban más expuestas a la visibilidad de la patología, y también a la inclusión en el discurso tanto psiquiátrico como obstétrico.

Añade Huertas (5) que la psicopatología clásica también puede considerarse desde este tipo de acercamientos, como la pasión erótica por las telas en las mujeres que descubrió Clérambault. Viene a responder a unos condicionantes socioculturales marcados en parte por la modernidad, ya que a partir de 1855 empiezan a funcionar los grandes almacenes, y se comienza a observar la cleptomanía en estos espacios. Clérambault encuentra una asociación entre cleptomanía y este tipo de fetichismo que tiene que ver con la pasión erótica de algunas mujeres por las telas de seda robadas en grandes almacenes. Y que incluso la propia esquizofrenia se ha llegado a entender como una perturbación histórico-cultural, relacionada con el surgimiento de la conciencia moderna del individualismo y las nuevas formas de intimidad, con una creciente tendencia a la sinceridad y autenticidad en las relaciones sociales que podrían conducir a una fragmentación del yo.

Otro asunto que aborda Huertas (5) es el proceso que Hacking denomina “inventar-construir personas”, del que señaló dos características sobresalientes en el proceso. Por un lado, el vector etiquetado por parte de los expertos que crea una realidad que la gente hace suya, y por otro lado el vector de la experiencia autónoma de la persona etiquetada. Los intentos normalizadores de la medicina ayudan a la creación de nuevas clasificaciones de personas. Estas personas se construyen al mismo tiempo que se construye la categoría, y tienden a conformarse y permanecer en ese ámbito clasificatorio. Las clases humanas son interactivas, dado que su manera de ser y actuar, su subjetividad y sus acciones dependen de cómo son descritos y clasificados.

Hacking (7-8-10) aborda la personalidad múltiple desde la perspectiva de inventar-construir gente. Se considera también una enfermedad de carácter transitorio que surgió primero en Francia en el siglo XIX, ligado a la histeria, y tras años de olvido reapareció en EEUU a finales del siglo XX. Los elementos culturales y mediáticos favorecieron que muchos pacientes asumieran esa condición, que parece estar volviendo en la actualidad.

Huertas (5) menciona que puede ocurrir también una reformulación de situaciones que no se reconocían en su momento, por los nuevos conocimientos. La memoria desempeña aquí un papel fundamental, revisando el pasado de forma retrospectiva y cambiando la comprensión de los hechos. Según Hacking esto ocurrió con el abuso infantil, de forma que cada vez más hombres y mujeres caen en su descripción y se ven retrospectivamente como abusados o abusadores. La construcción social y cultural de la que surge el abuso infantil no es porque antes no existiera, sino porque de la mano de los derechos del niño, la sociedad percibe el maltrato infantil como un problema que necesita de expertos. Esta sensibilidad ha tenido efectos muy positivos a la hora de proteger a la infancia. Podríamos añadir el “síndrome de alienación parental”, que ha sido objeto de muchos debates.

Con estos ejemplos vemos que hay una influencia obvia de los elementos culturales y las connotaciones legislativas a la hora de construir un supuesto cuadro clínico.

Nos orienta Huertas (5) diciendo que hay trastornos mentales que se consideran emblemáticos en un momento histórico y en unas condiciones culturales determinadas. No es lo mismo que una enfermedad desaparezca o que se produzca una evolución conceptual en torno a su comprensión o clasificación. La reflexión de la elaboración cultural de la locura va más allá de su aparición o desaparición, ya que la forma cultural de entender el malestar ha traído consecuencias no solo en el ejercicio de la psiquiatría y la psicología, sino también en una patologización de la vida cotidiana. La expresión social del cuadro es consecuencia directa de cambios culturales, por tanto, estos elementos pueden ser cruciales en la aparición de determinados síntomas, y obviamente esto tiene trascendencia en la clínica.

Para finalizar, queremos resaltar que resulta necesario estudiar los conceptos y cambios que se han ido produciendo, así como observar qué factores culturales pueden estar influyendo en la clínica que vemos en el día a día. Nuestro campo de estudio es complejo, ya que involucra la subjetividad y el sufrimiento psíquico, por lo que nos resulta esencial recurrir a unos conceptos fundamentales, extraídos de la clínica y que definan la experiencia humana, aunque tomen diferentes formas a lo largo del tiempo. En nuestro ejercicio diario nos realizamos algunas preguntas sobre aquellos que nos expresan su sufrimiento, y gracias a las perspectivas tanto histórica, como clínica y epistemológica, podemos acercarnos a encontrar algunas respuestas, y a comprender la singularidad de sus narrativas.

¿Loco o diferente?

“La locura no es en el fondo una entidad natural, sino una pura relación. No se es loco sino en relación con una sociedad dada; es el consenso social el que delimita las zonas fluctuantes, de la razón y del desatino o sin razón”. En esta cita, Roger Bastide (11) condensa la idea que queremos transmitir: la locura y sus límites como construcción social. Esta noción relativista queda patente tanto longitudinalmente a lo largo de la historia, como transversalmente. Prueba de ello es la concepción

variable de locura en distintas culturas a través del planeta. Así, lo que se considera locura en nuestra sociedad, con el consecuente rechazo y aislamiento al que suele ligarse, podría ser incluso venerado en otro lugar del mundo.

Esta relación entre la etnografía y la psiquiatría es el objeto de interés de la disciplina conocida como "etnopsiquiatría". Esta pretende dar testimonio de hechos diversos del campo de la salud mental y su profunda unión con los fenómenos culturales. Antes de revisar algunos de estos fenómenos, creemos necesario detenernos en la definición de cultura. Según la Real Academia de la Lengua Española "la cultura es un conjunto aprendido de tradiciones y estilos de vida socialmente adquiridos de los miembros de una sociedad, incluyendo ciertos modos pautados de pensar, sentir y actuar". Cabe destacar de esta definición el impacto que tiene la cultura sobre el pensamiento, los sentimientos y los comportamientos de los individuos que están inmersos en ella. Por otra parte, el lenguaje, definido como "un sistema de comunicación verbal propio de una comunidad humana", es una institución social heredada e inseparable de la cultura. Laura Martín y Fernando Colina (12) en su *Manual de Psicopatología* añaden que además de una forma de comunicación "el lenguaje es un medio en el que vivimos, fuera del cual no existe el sentido; no sólo funda las cosas, sino que nos funda a nosotros mismos". Es lo que nos permite construir nuestra realidad pues "lo que no se nombra no existe". Partiendo de aquí podemos empezar a vislumbrar la importancia de considerar la cultura y el lenguaje en el marco de la salud mental.

Una vez aclarados algunos conceptos y habiendo hecho patente la estrecha conexión entre la cultura y el sufrimiento psíquico, nos valdremos de una división para recorrer de forma ordenada la complejidad de un tema como este (4). En primer lugar, comenzaremos por aquellas sociedades en las que los límites de la locura están en apariencia claramente establecidos, continuaremos por aquellas otras en las que esos límites son más difusos o no ha sido tanto el empeño en su concreción, y finalmente terminaremos con el ejemplo de una comunidad en la que la concepción social de "locura" no existe.

En gran parte de la sociedad occidental se ha definido la locura como lo contrario a la razón; tendencia que se inicia en torno al siglo XVII, paralelamente a los desarrollos filosóficos de René Descartes. Más adelante, como evolución a esa definición surge la concepción de la locura como el contrapunto de la "realidad", y a los locos, por tanto, como aquellas personas que se encontraban "fuera de la realidad". Es a partir de estas concepciones, de cierta artificialidad, que se construye la psicopatología como la conocemos, y surge a mediados del siglo XX el primer "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders" o DSM I como fruto del debate entre la APA (American Psychiatric Association) y la OMS. Este manual, y sus posteriores versiones; al igual que su equivalente (la CIE 10); lo que han pretendido es precisamente establecer límites, más o menos claros, a los susodichos trastornos y enfermedades mentales en un afán de tratar los problemas de salud mental como entidades biológicas. A través de una lista de síntomas, criterios temporales, alguna alusión a la funcionalidad y muchos especificadores, se pretende definir el sufrimiento humano en todas sus formas. Este es el campo en el que jugamos en las sociedades occidentales, donde presentar ideas delirantes y alucinaciones durante más de seis meses supone un diagnóstico de esquizofrenia.

Nos pareció llamativo, sin embargo, abanderados de la razón, cómo colocamos en el cajón de lo "no loco" ciertas creencias y actos que se alejan de aquello puramente razonable. Este es el caso de la religión o ciertas creencias esotéricas, al igual que algunas costumbres o tradiciones que aún perduran. Cabe reflexionar pues, y lo haremos más adelante, qué es lo que hace que ciertas creencias sobrenaturales y, por tanto, irracionales, no sean consideradas "locura" mientras que el delirio mesiánico de un hombre en una unidad de agudos es lo que justifica su internamiento y un diagnóstico de por vida.

Prosiguiendo con la división previamente planteada existen otras formas de entender el sufrimiento humano que se alejan de los compartimentos estancos y límites "rígidos" del modelo biomédico. Dentro de nuestra cultura lo apreciamos en corrientes que se alejan de lo establecido, como puede ser el psicoanálisis; e igualmente ocurre fuera de occidente. Esto va de la mano de una concepción en la que la locura no es el opuesto de la razón, sino otra cosa. En el caso del psicoanálisis se da un paso más allá de la mera observación de síntomas para tener en cuenta la subjetividad del individuo.

Esto es así en algunas culturas primitivas también. Este es el caso de la sociedad Dogon, grupo étnico que vive en la región central de Malí (África). En esta comunidad, una persona que tenga alucinaciones no es necesariamente nombrada como *wede-wede* (concepto similar a "loco" para nosotros); será el cómo elabore dichas alucinaciones, o cuál sea su experiencia respecto a ellas lo que supondrá la diferencia (13).

En muchas de estas culturas existe también una mayor convivencia con lo sobrenatural y lo místico, lo que lleva consigo un movimiento de los límites de lo loco respecto a nuestra sociedad occidental. Realmente, es muchas veces la ruptura de los códigos de conducta lo que supone que una persona sea considerada loca. Ríos et al (13) citan a Erving Goffman: "Gran parte del comportamiento psicótico es, en primer lugar, una incapacidad de conformarse a las reglas de conducta establecidas para la interacción cara a cara: reglas establecidas o, por lo menos, consolidadas por algún grupo que valora, juzga o controla. El comportamiento psicótico, en muchos casos, se podría definir como una incorrección situacional."

Estas reglas de conducta que facilitan los parámetros entre normalidad y anormalidad, son idiosincrásicas a cada grupo, lo cual nos devuelve al relativismo del concepto de locura. Así, por ejemplo, en la sociedad Dogon, a la cual nos hemos referido recientemente, levantar la voz a un anciano o talar un árbol, serían signos de que una persona pueda encontrarse en un momento de crisis, por ser el respeto a la ancianidad y a la naturaleza valores principales de esta comunidad. Así, también, determinadas conductas consideradas como anormales en nuestra cultura son ampliamente aceptadas en otros contextos sociales, como puede ser la megalomanía Kwakiutl (Canadá), el carácter paranoico de los Dobu (Papúa Nueva Guinea) o el trance en las prácticas chamánicas (14).

Yendo un paso más allá, Devereux (15), uno de los principales exponentes de la etnopsiquiatría, sostiene que, ante una situación de crisis, la propia cultura nos indica la manera en la que enloquecer, a través de "modos de empleo abusivos", o "modelos de conducta incorrecta". Desarrolla a partir de esta idea el concepto de "negativismo social". Aludiendo a que toda sociedad lleva consigo no sólo aspectos funcionales sino también un cierto número de creencias, dogmas y tendencias que contradicen, niegan o minan operaciones y estructuras esenciales, llegando a negar su propia existencia. Añade que los conocidos como "desórdenes étnicos" se tratan de formas de negativismo social o "modelos de conducta incorrecta"; pues toda sociedad posee ideas precisas de "cómo se comportan los locos".

Devereux (15) defiende que existen tantos desórdenes étnicos como áreas culturales y culturas. En la mayoría de los casos el grupo tiene teorías sobre sus causas, e ideas precisas sobre sus síntomas y pronóstico. Por mencionar algunos de los desórdenes étnicos más conocidos podemos hablar de la crisis de amok de los malayos, en la que, tras una ofensa a su honor, un hombre de la comunidad se aísla durante un tiempo, para al volver hacerlo armado y en un estado de rabia descontrolada que le llevará a herir y asesinar de forma indiscriminada a miembros de la comunidad; o el famoso síndrome de Koro, propio de China y otros países del sudeste asiático, en el que el individuo presenta una creencia angustiante de que su pene está sufriendo una retracción progresiva que terminará en invaginación y la muerte. En cualquier caso, es evidente la relación de ciertos elementos sociales con las características de estos síndromes. En China, por ejemplo, existe la creencia de que la retracción del pene lleva a la muerte; pues los fantasmas no tienen genitales, o en Malasia el grito "amok amok" constituye una señal socialmente reconocida que equivaldría al sonido de una alarma. El DSM da testigo de estas manifestaciones específicas de ciertas culturas bajo el epígrafe de "Síndromes ligados a la cultura". Esta formulación hace pensar sobre la visión hegemónica de occidente; donde parece que nuestros padecimientos son los típicos y no culturales; mientras que los fenómenos observados en otros lugares aparecen como atípicos y ligados a la cultura.

Otra cuestión sobre la que reflexiona Devereux (15) es la existencia de otras figuras cuyo pensamiento o comportamiento se aleja de lo puramente racional o normalizado, como pueden ser los chamanes, a las que no se les otorga la condición de locos. Como ya planteamos previamente, ¿qué es lo que supone la tolerancia tanto en nuestra sociedad, como en otras, a ciertas creencias o comportamientos irracionales? Aunque nuestra respuesta no podrá abarcar la complejidad de esta pregunta sí que

nos atreveremos a señalar dos elementos que, a partir del debate pudimos concluir, suponen una diferencia en esta cuestión: la colectividad y el desempeño de una función en la sociedad. Un conjunto de creencias, por bizarras que sean, se embiste de otra significación cuando es compartido por un grupo de personas; este es el caso, por ejemplo, de las religiones o de las creencias esotéricas. Por otra parte, fijándonos en la figura del chamán frente a la del loco, el desempeño de una función dentro del grupo se presenta como una diferencia determinante. Ya sean labores de curandero, de liderazgo espiritual o como transmisor de información, el chamán se presenta como una pieza útil de la sociedad; mientras que el loco, incomoda.

Por último, habiendo esbozado maneras diferentes de definir la locura queremos hablar sobre una comunidad indígena en San Francisco de Oxtotilpan (México), en la que no existe una concepción de esta como tal. Cuando a los habitantes de esta comunidad, como parte de un estudio etnográfico conducido por Ríos et al (16), se les expusieron los criterios diagnósticos de la esquizofrenia (según la versión del DSM que se usa en Latinoamérica) o se les describió lo que entendemos por locura, estos no fueron capaces de designar a ningún miembro de la comunidad. Esta fue también la respuesta de los médicos del lugar, que negaron la existencia de trastornos mentales en la población. Lo anterior no implica que en la comunidad no existieran sujetos con condiciones diferenciales; los investigadores documentaron que a aquellos habitantes se les refería como “aturdidos” o “enfermitos”, y se encontraban totalmente integrados en la sociedad; eran funcionales, desempeñan tareas laborales y formaban parte de las decisiones de la asamblea. A pesar de cualquier diferencia o discapacidad observable el trato a ellos era de contención e inclusión en tanto a su participación en la sociedad y su vinculación colectiva. La representación social de loco, como la entendían los investigadores occidentales, no existía. Frente al loco, como individuo mentalmente atrofiado, que requiere de ayuda profesional para igualarse en capacidades a los demás y habitualmente excluido en muchas esferas; el “diferente” o “aturdido”, cuyo significado social es de aceptación, respeto e inclusión aun cuando su comportamiento no sea el mismo que el del resto de los pobladores.

La comunidad de San Francisco de Oxtotilpan es una muestra de que existen otras formas de relacionarse con la diferencia. Una sociedad que, probablemente, sería definida como “más primitiva” desde ciertos puntos de vista, pero que, al mismo tiempo es más tolerante y, por lo tanto, más avanzada en su trato a aquellos cuyo comportamiento se sale de los estándares de la normalidad. En relación con esta cuestión, cabe mencionar la menor cronicidad de la psicosis en las sociedades primitivas, en las cuales son más comunes los episodios reactivos, con una vuelta a la situación previa sin un deterioro posterior. ¿Qué hay detrás del peor pronóstico de la psicosis en nuestra sociedad occidental? ¿Podría ser el exceso de medicación y sus efectos sobre el cerebro? o ¿la facilidad para establecer etiquetas crónicas, con las implicaciones que eso tiene para el individuo y para su integración en la sociedad? En cualquier caso, surge una pregunta ¿ha sido realmente la aplicación del modelo biomédico a la salud mental un avance?

Para concluir, la locura puede entenderse de distintas maneras: como lo opuesto a la razón desde la rigidez de las clasificaciones diagnósticas, con una mayor flexibilidad yendo más allá de lo estrictamente sintomatológico; o incluso como algo ajeno al imaginario colectivo de una sociedad. Esta variabilidad en función del contexto socio-geográfico pone de manifiesto la necesidad de revisar nuestras propias creencias. Ser conscientes del relativismo del concepto nos salva de caer en la certeza de que nuestra visión es la única y verdadera, con las consecuencias que esto tiene en el trato con el paciente y el devenir del tratamiento. Esta visión unívoca de la locura se puede traducir en la imposición de medidas de tratamiento y la exclusión de cierta información relevante que no case con nuestro modelo teórico. En última instancia, la iatrogenia en la práctica psiquiátrica puede redundar en la mayor cronicidad de la locura.

Por otra parte, llama la atención que el DSM denomine “síndromes culturales” a las manifestaciones clínicas propias de otras culturas, en contraposición a la atribución de un origen biológico de la clínica de la sociedad occidental ¿lo nuestro no es cultural? Se desprende un sentimiento de superioridad que impide beneficiarse de aportaciones de otros paradigmas culturales. En contraste, la apertura de miras y el intercambio de ideas resultaría enriquecedor para el tratamiento de pacientes tanto de otras

culturas como de la propia. En resumidas cuentas, al margen de los modelos teóricos y clasificaciones diagnósticas, nuestro fin último debe ser minimizar el sufrimiento del paciente.

Finalmente, nos gustaría terminar este apartado con una cita del artículo *Etnopsiquiatría* del etnopsiquiatra Alejandro Patiño (17): "Lo inacabado, lo innostrado, lo no percibido suele refugiarse en el agujero de la locura."

Os planteamos si lo que llamamos loco se trata simplemente de algo que no llegamos a comprender: si realmente es un loco, o es que es diferente.

¿Loca o mujer?

Queridísimo,

Estoy segura de que estoy enloqueciendo de nuevo. Siento que no podemos atravesar otra de esas terribles épocas. Y esta vez no me recuperaré. Empiezo a escuchar voces, y no puedo concentrarme. Así que estoy haciendo lo que parece que es lo mejor. Tú me has dado la mayor de las felicidades posibles. Has sido, en todos los sentidos, todo lo que alguien podría ser. No creo que dos personas puedan haber sido más felices hasta que llegó esta terrible enfermedad. No puedo luchar más. Sé que te estoy arruinando la vida, que sin mi podrías trabajar. Y lo harás lo sé. Ya ves que no puedo ni siquiera escribir esto con propiedad. No puedo leer. Lo que quiero decir es que te debo toda la felicidad de mi vida a ti. Has sido totalmente paciente conmigo e increíblemente bueno. Quiero decirlo, todos lo saben. Si alguien me podría haber salvado habrías sido tú. Todo se ha ido de mí excepto la certeza de tu bondad. No puedo continuar arruinándote la vida más.

No creo que dos personas hubiesen podido ser más felices de lo que hemos sido nosotros.

Así se despedía Virginia Woolf con 59 años de su marido el 28 de marzo de 1941 antes de llenarse los bolsillos de piedras y tirarse al río Ouse. Su suicidio, tras una larga carrera como escritora y defensora del feminismo en un mundo de hombres, así como una larga historia de sufrimiento psíquico, inevitablemente recuerda al de Ofelia, que se ha convertido en el mito de la locura que desciende sobre las mujeres tras el mal de amores; que es encontrada ahogada en el río después de enloquecer por el asesinato de su padre y el rechazo de Hamlet. Enloquecida por hombres que la obligan a diseñar trampas y a espiar a su amado.

El caso de Virginia Woolf se presenta como un caso privilegiado gracias al dominio que tenía de la palabra, especialmente de la palabra escrita, y que nos permite a día de hoy conservar los diarios en los que documentaba su estado mental, así como las novelas y ensayos en las que inevitablemente plasmaba algo suyo también. Es por esto que en este apartado del artículo usaremos su historia como hilo conductor para guiarnos en lo que queremos transmitir: el papel del género en la locura. Con su biografía, iremos ilustrando cómo el concepto de locura también se ha visto increíblemente influenciado por si quien lo sufre se considera hombre o se considera mujer. Virginia fue hija no deseada de unos padres viudos y no pudo acudir a la universidad, uno de sus grandes propósitos, ya que su tarea como mujer era la de quedarse en casa y cuidar del padre y de sus otros hermanos. ¿Cuántos casos conocemos así, en la historia e incluso a día de hoy, en los que ser mujer condiciona y limita las posibilidades de desarrollarse y emanciparse?

Para contestar esto, quizás antes deberíamos plantearnos y luego contestar a la pregunta de "¿qué es ser mujer?". En el marco histórico, esta pregunta nos devuelve inevitablemente a la biología y a la distinción dicotómica entre macho y hembra, defendida desde hace siglos en nuestra cultura occidental. No obstante, las diferencias sexuales-anatómicas no son suficientes para determinar la jerarquía de los sexos y explicar por qué la mujer es la subordinada y ha sido condenada a cumplir siempre este papel. Como decía Simone de Beauvoir en su libro *El Segundo Sexo* (18), "una sociedad

no es una especie: en ella la especie se realiza como existencia, trasciende hacia el mundo y hacia el futuro. Sus costumbres no se deducen de la biología. Tendremos que estudiar las circunstancias biológicas a la luz de un contexto ontológico, económico, social y psicológico”.

Para resolver esto y añadir al concepto de sexo ese aspecto social y antropológico indispensable, surge el término “género”. En francés y en español se utilizaba tradicionalmente para aludir a las distinciones gramaticales, pero en inglés, donde el género gramatical es, por lo general, irrelevante, ya se usaba en los términos actuales de distinción feminidad-masculinidad desde el siglo XIV (19). En los años 50 John Money, un psiquiatra norteamericano encargado de definir el sexo de los bebés intersexuales, comienza a darse cuenta de que el sexo asignado del bebé no siempre terminaba siendo el de la identidad psicosexual que asumía esa persona, e introduce el concepto de género como distinto al de sexo precisamente para delimitar esto. Género será, entonces, el conjunto de creencias, prescripciones y atribuciones que se construyen socialmente tomando la diferencia sexual como base (20).

Es decir, cómo nos sentimos en relación a nuestro sexo biológico va a depender no tanto de este, sino del contexto social y cultural que va a marcar una serie de pautas que debemos seguir en cuanto a conductas, pensamientos y formas de sentir. Puesto que el género se va a dar en contextos sociales y grupales, ya que en lo individual es un constructo que perdería sentido, va a tener siempre un componente relacional (19). Siempre nos va a hablar de cómo nos relacionamos entre humanos. Parece que, en base a estas diferencias sexuales, y más adelante de identidad de género, las relaciones entre las que se consideran mujeres y los que se consideran hombres, se han visto teñidas por juegos de poder, violencia y opresión desde hace siglos. Las mujeres siempre han sido las malas, las santas, las putas, las castas, las brujas, las posesas, las imbéciles como decía el código romano, las tentadoras, “la puerta del Diablo” como decía el derecho canónico (20), las castradoras o las castradas. Parece que, haga lo que haga, la mujer siempre queda relegada al papel de ser ese Otro sobre el que cae toda la pestilencia y el malestar de la cultura en forma de chivo expiatorio.

Sobre esta base se cimienta el patriarcado. Freud en *El malestar en la cultura* (21) establecía “trascendentes analogías” (19) entre el individuo y la cultura, ya que ambos muestran fenómenos parecidos y generan patologías comparables. Autores más modernos utilizan el concepto de relación fractal (19), en la que se alude a la imposibilidad de separar persona y cultura puesto que ambas serán una expresión de los mismos procesos a diferentes escalas. Es decir, la mujer se revela como un síntoma de la cultura (22). En lo individual todos necesitamos de ese Otro en el que depositar todo lo malo, ese “pecho malo” del que hablaba Melanie Klein, y es aparente que a la mujer le ha tocado ese papel en la sociedad. Foucault proponía que el enfermo mental es el residuo social dentro de los sistemas disciplinarios (23). Parece que la mujer y el loco comparten esto. Pero estos procesos de subordinación que se han construido históricamente para establecer un orden social no son conscientes y explícitos, sino que pertenecen al orden de lo negado y lo implícito, sin por ello estar hablando de un inconsciente colectivo. De ahí que, como decía Almudena Hernando en su libro *La Fantasía de la Individualidad* (19), por mucho que lo intentemos, argumentar exclusivamente en el marco de lo consciente, de lo racional, no es suficiente para generar un proyecto realmente emancipador basado en la igualdad entre ambos géneros.

Simone de Beauvoir escribía famosamente “no se nace mujer, se llega a serlo. Ningún destino biológico, psíquico o económico define la imagen que reviste en el seno de la sociedad la hembra humana. El conjunto de la civilización elabora este producto” (18). Las mujeres se forman como tales mediante y a través de la ideología patriarcal. Será también en ella donde adquieran conciencia de su opresión y, a posteriori, incorporen elementos de ideologías contrarias al patriarcado (24). Los dramas de la vida, al inicio, son los mismos para ambos sexos. Tienen los mismos intereses, los mismos placeres, exploran su cuerpo con la misma curiosidad y buscan las mismas cosas. Sin embargo, ya desde la primera infancia aparecen diferencias sexuales, pero no porque haya una serie de misteriosos instintos que condenen a la pasividad, a la maternidad o a la coquetería (18), sino porque desde los primeros años de vida la intervención del Otro adulto es insaciable y voraz. Incluso nada más nacer la niña es perforada y decorada con pendientes de brillantes, por ejemplo.

Volviendo a Virginia Woolf, fue diagnosticada de psicosis maniaco-depresiva, y con solo 13 años en el verano de 1895, en el que fallece su madre, tiene su primera "crisis" (25). En ese momento se recuerda sumida en un estado depresivo que duró medio año, culpándose por la muerte de su madre, y finalmente mostrándose inquieta, enfadada e irritable. Fue en esta primera crisis que decía escuchar pájaros cantando en griego, imagen que luego plasmaría, entre otros, en su novela *Los años* (26), en donde la protagonista, Philomela, tras ser violada por Teseo, es transformada en ruiseñor y condenada a cantar sin que nadie la entienda (25).

Esta metáfora es desgarradora. Gritar un sufrimiento, un abuso, una agresión, y que nadie la escuche, que nadie la comprenda. Así entienden muchas psicoanalistas la locura en la mujer. Como dice Sofía Rutenberg en *Hacia un feminismo freudiano* (27): La insatisfacción, la ira, la queja, "puede ser la manifestación, el grito desesperado de la opresión y la injusticia". Una forma de ocupar un espacio que se ha prohibido ocupar. A las mujeres no se les permite decir que no, estar enfadadas, porque lo que hay que ser es amables, buenas y dóciles. ¿Significa eso que las mujeres no se enfaden? Por supuesto que no, pero ¿a dónde va ese enfado si en el ámbito social no se le hace un espacio? Los hombres pueden, e incluso deben ser agresivos para ser "buenos-hombres": meterse en peleas, demostrar su virilidad, jugar a juegos violentos, pegarse en el recreo. Las mujeres quedan relegadas a la ira solitaria, la ira que vuelve hacia una misma. No sorprende entonces que la mayoría de diagnósticos actuales reinados por mujeres, como lo son los trastornos de la alimentación, el trastorno límite de la personalidad o la fibromialgia, sean mayoritariamente expresiones de ira muy masoquistas. Dejar de comer, dejarse morir, cortarse, autolesionarse, vivir una vida inaguantable con dolores inmanejables, culparse por todo. Todas muestras de agresividad llevadas contra una misma. Como dice Rutenberg (27) "Cualquier sensación de placer y satisfacción en el cuerpo es convertida en dolor y enfermedad". ¿Por qué será?

En las pocas ocasiones en las que esta ira pueda salir hacia fuera, y no quedarse dentro, será duramente castigada y rechazada. Incluso en lo coloquial y no clínico, una mujer que expresa su desagrado y su opinión siempre será "la mandona", "la pesada", "la exagerada". Pensemos en esto en el ámbito psiquiátrico: ¿cuántas mujeres habrán sido sometidas a diagnósticos y tratamientos porque contestaban fuera de lo esperable para la amabilidad supuestamente intrínseca de la mujer? Recordemos que hace muy pocos años en nuestro país existía una ley llamada la Ley de Peligrosidad Social (Ley 16/1970 del 4 de agosto de 1970) que permitía encarcelar o meter en hospitales psiquiátricos para "rehabilitar" a todo tipo de "maleantes" y "antisociales", entre las que, por supuesto, había mujeres que no cumplían con lo que estipulaba la cultura. Las historias clínicas recogidas en el manicomio provincial de Málaga entre los años 20 y 50, revisadas por Celia García e Isabel Jiménez en 2010 (23) expresan justamente esto: cómo la ideología patriarcal subyace al proceso asistencial e interviene con el acto psiquiátrico, para producir sujetos supuestamente locos. Entre estas historias se encuentran motivos de ingreso tan increíbles como: "ingresada en psiquiatría porque chillaba mucho"; "no duerme, no come y no guisa" (todos sabemos que no guisar es criterio diagnóstico de locura); "no se acuesta a la hora que se le dice, sino cuando ella quiere, y mientras tanto, permanece sentada" (nosotras personalmente hacemos esto a menudo); "por lavarse el cuerpo entero teniendo el periodo" (esta nos dejó patidifusas, quizás debía haberse lavado el cuerpo por partes); u otra que fue diagnosticada de psicopatía y tratada con "corrientes" tras ser denunciada por su padre por fugarse con el novio. ¿Pensarán dentro de 70 años lo que pensamos ahora al leer estas historias de los años 50 cuando lean las nuestras?

Las mujeres sufrimos más de los nervios, tenemos la regla una vez al mes y nos volvemos locas, somos unas exageradas, unas histéricas. En el psicoanálisis actual la histeria supuestamente se ha desvestido de sus ropajes sexistas, y se ha despatologizado, universalizado y redefinido para hablar de un paradigma del inconsciente del sujeto (28). Pero como señala Emilce Bleichmar (28): "¿por qué continuar manteniendo un significativo tan cargado de reminiscencias de un saber marcado por la historia, por el prejuicio, por el sexismo? ¿Por qué instituir el falo, como significante del deseo, la fórmula "la mujer no existe", y concebir la demanda de la histérica "¿quién soy yo?" como un enigma al que hay que sostener como tal? ¿En este juego de resonancias imaginarias se está sorteando verdaderamente el discurso sexista o sus marcas penetran aún más hondo, en una suerte de retorno de lo reprimido, del "eterno femenino", del "misterio", del "enigma de la mujer", como sutiles hilos invisibles que siguen bordando una trama en la que la relación sujeto-sujeto es inconcebible?".

La locura en la mujer puede ser, pues, transgresora, desarrollándose en una sociedad y en una cultura en las que se pide un deber-ser estricto para la mujer, imposible de seguir a pie juntillas, y que, al no hacerlo, hace tambalear por completo la estructura identitaria de las mujeres. Si planteamos una vida de "buena-mujer" basada en la maternidad, en los cuidados, en la relación con los hombres, ¿cómo va a ser capaz la mujer de salirse de esa jaula sin malestar psíquico en caso de que esos mandatos no vayan con ella? Y, ¿podemos hablar entonces, cuando una mujer por ejemplo no se adhiere a los mandatos de la feminidad, que sufre de una envidia de pene? Quizás, y como afirmaba de Beauvoir (18), "la niña no envidia el falo más que como símbolo de los privilegios concedidos al muchacho"¹. Los generadores de malestar están por todos lados, por no hablar del terror infundido en lo que se ha denominado la "pandemia de la violencia" (29) en relación a la violencia machista: el maltrato, las agresiones sexuales o los asesinatos prácticamente semanales. La amenaza de que, en cualquier momento, simplemente por ser mujer, tu integridad física corre peligro, y si denuncias, nadie te creerá.

Pero volviendo a nuestro hilo conductor, continuamos entonces con la vida de Virginia Woolf; dos años después de la muerte de su madre, una de sus hermanas fallece durante el embarazo. El padre prohíbe volver a pronunciar su nombre, Stella, y no tenían permitido hablar de ella o de su historia. El único que sí podía hacerlo, a gritos a veces, era él (25). En 1904 muere de un cáncer y Virginia tiene su segunda crisis. Durante todo este tiempo, Virginia mantiene una gran vida social, salvo cuando se veía obligada al aislamiento por prescripción médica en esa moda antigua de mandar a las mujeres al mar, o al campo, para que se recuperaran de sus "crisis de nervios". Virginia intentaba escaparse cogiendo el tren para volver de su casa de campo en Sussex a Londres; volver a la ciudad bulliciosa en la que ella se sentía más a gusto. No obstante, la indicación era de poder descansar en un entorno tranquilo, mantenerse aislada y separada, sin poder ejercer una autonomía sobre su lugar de residencia.

Esto no es algo nuevo ni extraño. En el patriarcado hay una serie de lugares en los que se guarda a la mujer para que no estorbe, o para que cumpla una función social esencial de paria que otros no vienen a cumplir. Esto es lo que viene a defender Marcela Lagarde, antropóloga, en su libro *Los cautiverios de las mujeres* (24). Cuando habla de cautiverios, se refiere a que las mujeres están "cautivas porque han sido privadas a lo largo de la historia de autonomía vital, de independencia para vivir, de la posibilidad de escoger" y, por tanto, con menos oportunidades de desarrollar un psiquismo que resista y combata los vaivenes de la vida. Para ella, estos lugares de cautiverio han sido y continúan siendo el hogar, las cárceles, los conventos, los prostíbulos y los manicomios. En estos últimos, las mujeres son atrapadas, aisladas, guardadas, recluidas y, supuestamente, curadas. Es difícil buscar referentes con los que identificarse cuando una está confinada en la distancia.

En julio de 1913 Virginia se casa con su marido Leonard Woolf y a los pocos meses tiene su tercera crisis, en la que se intenta suicidar con pastillas. Ella misma explicaba que desde la muerte de su madre hasta que se casa sufre abusos sexuales por parte de sus hermanastros, generando una terrible dificultad para relacionarse con hombres y con su cuerpo para el resto de su vida. Describía un asco terrorífico hacia partes de su cuerpo relacionadas con la comida, como la boca y la tripa, pasando etapas de no comer absolutamente nada y quedarse encamada (25). En cuanto a su sexualidad, describe también un intenso malestar y una negativa importante a relacionarse con hombres. Sin embargo, la palabra que se usa para describirla es la de "frigidez", sorprendentemente usada siempre de forma casi exclusiva para mujeres, y no quizás la de traumatizada, que sería en este caso más apropiada.

La última gran crisis de Virginia fue en 1915, coincidiendo en tiempo con la publicación de su primer libro, *Fin de Viaje* (30). Escribir no solamente era algo que la estabilizaba y que le permitía plasmar en palabras lo que sentía y pensaba, sino que, además, le daba la oportunidad de confirmar que sus libros tenían una buena acogida y que ella no era sólo una loca que decía locuras, sino que terminaría siendo una de las escritoras más importantes del siglo XX. Aunque aclamada, seguía siendo transgresora. Transgresora de las normas en cuanto al género, publicando libros tan importantes para el movimiento feminista como *Una habitación propia* (31) u *Orlando* (32), e involucrándose en relaciones con mujeres que aún hoy muchos críticos algo cegados ante las realidades no heterosexuales, sólo entienden como amistades intensas. Algunos médicos que la trataron atribuyeron la locura a su escritura, y llegaron a recomendar que lo dejara. ¿Qué sería el mundo de la literatura hoy en día sin libros como *La señora Dalloway* (33) o si no hubiese contribuido con su estilo personal de escribir, basado en el monólogo interior?

Como decía Foucault, la psiquiatría ha constituido y constituye uno de los elementos informales, y no tan informales, de la regulación social (23). A veces, desde el tratamiento o la intervención se puede, si el terapeuta o el que interviene no lo ha revisado antes, reproducir dinámicas de poder y de dominación que ocurren en el marco social en general, pero especialmente en relación al género. El psicoanálisis nos ofrece herramientas teóricas muy valiosas para el análisis de la sociedad patriarcal, especialmente el cómo sus marcas se fijan en la subjetividad de los miembros de ella, tanto hombres como mujeres, así como aquellas personas que en estos últimos tiempos se niegan a colocarse en esta dicotomía. Sin embargo, y puesto que esta teoría también se ha gestado en el seno de una sociedad patriarcal, es necesario un análisis de cómo esta ha permeado en la propia teoría (22). Deconstruir y repensar el psicoanálisis nos permite salir de la perspectiva ahistórica y universal que sostiene una serie de dispositivos político-sociales en forma de conceptos y términos. Los silencios son políticos, y en relación al género, en nuestra disciplina, hay un silencio incómodo que poco a poco parece se va rompiendo. Por supuesto, el psicoanálisis no es machista ni feminista, en todo caso, lo son quienes lo practican (27), pero consideramos importante repensar de dónde vienen y en qué contexto surgieron los términos y las categorías que usamos. Como señala Rutenberg (27), "Freud construyó el dispositivo psicoanalítico escuchando mujeres, pero interpretó como un enigma universal la queja de sus pacientes sobre los inconvenientes y las injusticias de ser mujeres. Escuchó todas las quejas, sobre no poder estudiar, el rechazo de casarse con algún viejo rico, la muerte, el dolor de ser quienes cuidan a los enfermos y ven morir a los seres queridos, la obediencia al hombre, la servidumbre, los "buenos modales" ... pero no necesariamente sintomatizó estas problemáticas como tales". En esta línea, también consideramos que debemos incorporar, de forma creciente, una mirada antropológica. El sujeto existe en un grupo, en una sociedad, y no podemos olvidarnos de ella para entender en su totalidad la subjetividad de una persona. Los cambios sociales que estamos viviendo, que incluyen los precipitados por el movimiento feminista, nos obligan a trazar nuevos caminos y a transitar nuevos sentidos antes impensables.

A lo largo de este artículo hemos podido ver que la locura es un constructo social, cultural e histórico, y que no se puede entender ni delimitar sin tener en cuenta el marco contextual en el que se encuentra. Pues bien, el género se coloca como uno de esos marcos que va a encuadrar los sufrimientos de las personas, como también lo podrían ser la orientación sexual, la raza/etnia o la clase social, y que, por las propias características de las dinámicas de poder y de dominación patriarcales, principalmente no-dichas y subterráneas, se mantienen si no las abordamos explícita y directamente.

Virginia Woolf es uno de los casos más conocidos en relación al género, la locura y el suicidio, pero no fue la única mujer adelantada a su época en cuanto a ideología feminista y emancipación que sufrió el mismo destino. Sylvia Plath es otra de ellas. Entre otros sufrimientos, atormentada por la maternidad impuesta desde los mandatos de género, terminó suicidándose a los 30 años. Escribió sobre esto poemas tan potentes como *Tres mujeres* (34), con versos tan desgarradores como el siguiente:

*Soy acusada. Sueño masacres.
Soy un jardín de agonías rojas y negras. Las bebo,
odiándome a mí misma, odiándome y temiéndome. Y ahora el mundo
concibe
su final y corre hacia él, con los brazos abiertos y llenos de amor.*

Alejandra Pizarnik es otro ejemplo. Diagnosticada de trastorno límite de personalidad, usó su poesía para expresar su malestar en relación a la vida y el papel que esta le había hecho jugar. Terminó suicidándose a los 36 años. En la pizarra de su recámara dejó escrito su último poema (35):

*No quiero ir
nada más
que hasta el fondo*

Como dejó escrito Alejandra, nuestra intención al aportar una mirada social y antropológica de la locura no es otra que ir hasta el fondo, explicar y entender las subjetividades desde la clínica, pero también desde lo social. Poder plantearnos los límites de la locura, y si lo que consideramos locura lo

es realmente, o simplemente es alguien que no sigue la norma hegemónica; pertenece a una cultura que no comprendemos; o es una mujer que se sale de los mandatos de género, que ha enloquecido porque lo que se pide de ella a nivel social es loco, o que se ha visto abandonada cuando ha mostrado signos de una locura que en manos de las mujeres asusta siempre un poco más.

Contacto

Teresa Enríquez Vidal ✉ teresa.enriquezvidal@gmail.com

Laura Molina Areses ✉ lmolinaareses@gmail.com

Ekhiñe Villar Oloriz ✉ ekhi.villar@gmail.com

Irene Lastiri Garrido ✉ irenelastiri@gmail.com

Kholoud El Hajoui Rouaz ✉ krouaz.imp@gmail.com

Referencias bibliográficas

1. Álvarez JM. Locura normalizada. En: Henry Odell, editor. Estudios de psicología patológica. Barcelona: Xoroi Edicions; 2017. p. 259-286.
2. Álvarez JM. Locura parcial. En: Álvarez JM: director. Vocabulario de psicopatología. Vol. II. Barcelona: Xoroi Edicions; 2023. p. 37-47.
3. Álvarez JM. Locura normalizada. En: Álvarez JM: director. Vocabulario de psicopatología. Vol. II. Barcelona: Xoroi Edicions; 2023. p. 23-36.
4. Álvarez JM. Psicosis. En: Álvarez JM: director. Vocabulario de psicopatología. Vol. II. Barcelona: Xoroi Edicions; 2003. p. 328-347.
5. Huertas R. Historia cultural de la psiquiatría. Madrid: Los libros de la catarata; 2012.
6. Huertas R. Locuras en primera persona. Subjetividades, experiencias, activismos. Madrid: Los libros de la catarata; 2020.
7. Hacking I. Rewriting the soul: multiple Personality and the sciences of memory. Princeton: Princeton University Press; 1995.
8. Hacking I. Mad Travelers. Reflexions on the Reality of Transient Mental Illnesses. Charlottesville-Londres: University Press of Virginia; 1998.
9. Vaschetto E. Aportes al estudio de las locuras puerperales en la Argentina. Temas de la Historia de la Psiquiatría. 2009; 28: 27-32.
10. Hacking I. Macking Up People. En: Heller T. (ed.). Reconstructing Individualism: Autonomy, Individuality in Self Investigation Thought. Stanford University Press; 1986. p. 161-171.
11. Bastide R. & Villegas O. Sociología de la locura: ¿Puede la sociología durkheimiana ofrecer un marco para la sociología de las enfermedades mentales? Revista Mexicana de Sociología. 1965. Vol. 27 no 2.
12. Colina F. & Martín L. Caja de herramientas. Manual de Psicopatología. Madrid. La Revolución Delirante. p. 13-37
13. Días D. Saberes, cuentos y relatos; la percepción de la locura en la sociedad dogon. Átopos. Salud mental, comunidad y cultura. 2010. No 10. pp 5-24.
14. Benedict R. Patterns of Culture. Routledge & Kegan Paul Ltd. London. 1971.

15. Devereux G. Los desórdenes étnicos. Fragmento de ensayos de Etnopsiquiatría general. Barral Ediciones, Barcelona, 1971.
16. Ríos A. & Rivas E. S. Repensar la "locura" desde una comunidad indígena. Reflexión sobre un proceso de investigación en psicología social. TRAMAS. Subjetividad y Procesos Sociales. 2017. No 42 pp. 27–61.
17. Patiño A. Etnopsiquiatría. Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría. 2006. Vol 39 no 1. pp 24-39.
18. De Beauvoir S. El segundo sexo. Ediciones Cátedra; 2017.
19. Hernando A. La fantasía de la individualidad: Sobre la construcción sociohistórica del sujeto moderno. Traficantes de sueños; 2018.
20. Lamas M. El género es cultura. Campus Euroamericano de Cooperação Cultural. 2007;1-12.
21. Freud S. El malestar en la cultura. Alianza Editorial; 2010.
22. Burin M, Bleichmar ED, Abelin G, Fernández AM, Giberti E, Inda N, et al. Género, psicoanálisis, subjetividad. Paidós; 1996.
23. García C, Jiménez I. Género, regulación social y subjetividades. Asimilaciones, complicidades y resistencias en torno a la loca. (El Manicomio Provincial de Málaga, 1920-1950). Frenia Revista de Historia de la Psiquiatría. 2010;10(1):123–45.
24. Lagarde M. Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas. Universidad Nacional Autónoma de México; 2005.
25. García R. Virginia Woolf: caso clínico. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. 2004; 92:69–87.
26. Woolf V. Los años. Debolsillo; 2011.
27. Rutenberg S. Hacia un feminismo Freudiano. Hacer-Clínica; 2019.
28. Bleichmar ED. El feminismo espontáneo de la histeria: estudio de los trastornos narcisistas de la feminidad. Fontamara; 1997.
29. Solnit R. Los hombres me explican cosas. Fiordo Editorial; 2019.
30. Woolf V. Fin de viaje. Noguera; 2007.
31. Woolf V. Una habitación propia. Austral; 2016.
32. Woolf V. Orlando. Pocket Edhasa; 2018.
33. Woolf V. La señora Dalloway. Austral; 2021.
34. Plath S. Tres mujeres. Nórdica Libros; 2015.
35. Pizarnik A. Poesía completa. Lumen; 2016.

- Recibido: 11/03/2025.
- Aceptado: 30/05/2025.

Impacto Clínico y Asistencial de un Programa de Atención Específica al Trastorno Psicótico Incipiente (PAE-TPI) de Mirada Comunitaria, en Comparación con la Asistencia Convencional.

Clinical and Health Care Impact of a Community-Based Specific Care Program for Incipient Psychotic Disorder (SCP-IPD) in Comparison with Conventional Assistance.

Julio Company Ortega.

Psiquiatra. Fundación Sanitaria Mollet (FSM). Servicio de Salud Mental y Adicciones.
Programa de Atención Específica al Trastorno Psicótico Incipiente (PAE-TPI).

Marta Teruel Romero.

Trabajadora Social. Fundación Sanitaria Mollet (FSM). Servicio de Salud Mental y Adicciones.
Programa de Atención Específica al Trastorno Psicótico Incipiente (PAE-TPI).

Resumen: La psicosis temprana no adquiere entidad clínica hasta finales del siglo XX en manos de diferentes unidades asistenciales internacionales que vislumbran la importancia de abordar los estadios iniciales de la psicosis de manera particular, multidisciplinar, flexible y exhaustiva. Pese a la trayectoria asistencial de más de treinta años en relación a la psicosis temprana, en España, y en nuestro caso concreto, Cataluña, el despliegue de los recursos para la creación de estos equipos, y pese a la evidencia concerniente a la mejoría clínica, pronóstica y costo-efectiva que han mostrado, es muy heterogéneo, estando todavía nuestros dispositivos muy centrados en la asistencia de la enfermedad cronicada y los trastornos mentales de larga evolución, bajo un marco eminentemente biomédico. El PAE-TPI de la Fundación Sanitaria Mollet (FSM) nace en 2021, erigiéndose como un proyecto de mirada comunitaria y de seguimiento intensivo, basado en las necesidades de las personas atendidas y el vínculo con el equipo. Tras un tiempo recorrido, se evidencia un claro impacto en los indicadores asistenciales principales como el número de ingresos hospitalarios, el número de visitas a urgencias, el número de tentativas autolíticas, así como a nivel clínico y funcional, en contraposición a la atención convencional.

Palabras Clave: recursos, enfermedad cronicada, marco biomédico, multidisciplinar, mirada comunitaria, necesidades, vínculo, indicadores asistenciales, atención convencional.

Abstract: Early psychosis did not become a clinical entity until the end of the 20th century in the hands of different international care units that envisioned the importance of addressing the initial stages of psychosis in a particular, multidisciplinary, flexible and comprehensive manner. Despite more than thirty years of experience in early psychosis care, in Spain, and in our specific case, Catalonia, the deployment of resources for the creation of these teams, and despite the evidence regarding the clinical, prognostic and cost-effective improvement they have shown, is very heterogeneous, and our devices are still very focused on the care of chronic illness and long-standing mental disorders, under an eminently biomedical framework. The SCP-IPD of the Mollet Health Foundation (MHF) was born in 2021, establishing itself as a project with a community sight approach and intensive follow-up, based on the needs of the people served and the link with the team. After some time, a clear impact on the main care indicators such as the number

of hospital admissions, the number of emergency room visits, the number of self-harm attempts, as well as at the clinical and functional level, as opposed to the conventional approach, is evident.

Key words: resources, chronic disease, biomedical framework, multidisciplinary, community approach, needs, bond, care indicators. Conventional approach.

Introducción

a. Revisión histórica del concepto *primer episodio*

En los primeros trabajos anglosajones sobre esta temática, el término *primer episodio*, aludía a un punto temprano de un periodo en el que se experimentaba una pérdida de contacto con la realidad común y se utilizaba de varias formas dependiendo del contexto al que nos refiriéramos. En algunos casos incluía una fase prodrómica; en muchos otros, tenía que ver con la sintomatología psicótica típica. También podía referirse al inicio de seguimiento de un individuo por los servicios de salud mental, donde se detectaría dicha sintomatología, o, aquellos que presentaban refractariedad a medicación neuroléptica. Dado que existía un desfase temporal entre el pródromos, el inicio de síntomas activos, las consultas sanitaria y la respuesta o no a medicación, todas estas definiciones desplazarían los límites del término *primer episodio*¹. A pesar de la omnipresencia del término, este concepto no ha existido como tal en el campo de la psiquiatría². A principios del siglo XX, tanto Kräpelin como Bleuler hacen referencia a los pródromos psicóticos (*formas atenuadas* o *casos latentes*, respectivamente)³; Harry Stack Sullivan menciona *casos incipientes*⁴ y D.E. Cameron *esquizofrenia muy temprana*⁵, ambos con la idea de que la detección precoz de la enfermedad podría mejorar un curso largo y deteriorado. El término, sin embargo, *primer episodio (psicótico)* no aparece en la literatura psiquiátrica hasta 1982⁶. Por lo tanto, aunque la temporalidad ha sido un factor a tener en cuenta durante mucho tiempo a la hora de caracterizar los trastornos psicóticos, no existe algo delimitado claramente y con estatuto clínico propio, hasta finales del siglo XX. Hasta principios de la década de 1980, también aparecen sinónimos como: *primer ingreso*, *primer inicio*, *esquizofrenia precoz*, *psicosis precoz*, etc. En 1986 el Instituto Nacional de Salud Mental de EEUU (NIMH) designó la esquizofrenia como prioridad de investigación. A continuación, en 1988, se articuló un plan para “la necesidad de obtener muestras de pacientes con trastorno psicótico incipiente para la investigación” y se denominó al grupo “pacientes de primer episodio”⁶. Con el tiempo se vio la importancia de elaborar una estrategia para producir una narrativa de la esquizofrenia que estuviera libre de la ambigüedad producida por la heterogeneidad del curso propio del trastorno psicótico y los efectos farmacológicos a largo plazo⁷.

b. Desarrollo en países occidentales, dentro y fuera de Europa

La actividad clínica y de investigación en Australia y en Nueva Zelanda crecía simultáneamente, hasta surgir, con el tiempo, un grupo de investigadores y clínicos que liderarían la promoción de un enfoque para la intervención temprana en psicosis⁸⁻⁹. La literatura generada en torno al *primer episodio* se dedicaba con frecuencia a definirlo como una entidad propia, defendiendo la idea de que la intervención precoz podría cambiar la trayectoria clínica. La importancia de la duración de la psicosis no tratada (*duration of untreated psychosis*, DUP) fue revisada por primera vez en el influyente artículo de Wyatt en 1991. Su relevancia fue inicialmente cuestionada, pero progresivamente se ha convertido en un eje angular de la conceptualización de la intervención temprana en psicosis¹⁰. Hay otros estudios, sin embargo, que parecen apuntar en sentido contrario y no han conseguido demostrar de manera tan clara que esto cambie el pronóstico a largo plazo¹¹⁻¹².

Progresivamente se fue recurriendo a experiencias clínicas de un amplio territorio geográfico de EEUU, Reino Unido y Australia, principalmente, para convencer a los lectores del valor de la intervención precoz en psicosis. Gracias a estos estudios, inicialmente dispares y paulatinamente más coordinados,

se crearon grupos de trabajo, políticas, se desarrollaron estrategias integrales, se pusieron en marcha programas clínicos, y, en última instancia, se creó una sociedad internacional (la IEPA, Asociación Internacional de Psicosis Tempranas, que recientemente ha cambiado su nombre a Intervención Temprana en Salud Mental) y una revista especializada haciendo referencia al término *primer episodio psicótico* (PEP) como término con entidad propia.¹³⁻¹⁴

Tras toda esta evolución histórica en relación a la atención del PEP se han ido desplegando programas multidisciplinarios en diferentes países occidentales conformados por psiquiatras, enfermeras, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales y psicólogos. Los planes directores de dichos programas contemplan un trabajo con baja carga de pacientes, hecho que permitiría al personal trabajar de manera cercana con cada paciente¹⁵. Los programas no solo abordan temas de salud de la persona, sino que también abordan problemas de la vida diaria, interpersonales, familiares, laborales, económicos y académicos¹⁵⁻¹⁶. Según estos estudios los programas de intervención temprana de psicosis difieren de los cuidados estándares en dos elementos: la detección temprana y el tratamiento específico en fases¹⁷. Las estrategias de intervención de estos servicios incluyen campañas formativas sobre síntomas psicóticos y su tratamiento dirigidas a la población general, y campañas de información dirigidas a médicos generales, trabajadores sociales y profesores¹⁸. Según los resultados del programa OPUS, implementado en Dinamarca, una intervención multidisciplinaria integradora (tratamiento asertivo, psicoterapéutico y habilidades sociales) a lo largo de los dos primeros años después de un primer episodio psicótico facilita una mayor recuperación tanto sintomática como funcional, así como una carga familiar menor¹⁹. Estas estrategias se brindan de manera conjunta con el objetivo de promover la pronta recuperación de los pacientes¹⁷. Estos elementos de los programas de intervención temprana de psicosis han mostrado un efecto positivo en el trastorno en el mediano y largo plazo²⁰. Los programas de intervención temprana de psicosis surgieron como servicios de atención de salud local y con una agenda principalmente de investigación de los PEP²¹.

Posteriormente, respaldados por los estudios que mostraban su eficacia, estos programas se insertaron en los sistemas de salud de algunos países y lograr una cobertura nacional²¹. Por ejemplo, en Dinamarca, el parlamento creó fondos concursables con el objetivo de que las autoridades de salud regional puedan postular e implementar programas de intervención temprana de psicosis en diferentes regiones del país²². En Australia, el gobierno federal adoptó los programas de intervención temprana de psicosis como parte de los cuidados de salud de la población juvenil y financió la implementación de estos programas a escala nacional²¹. En Estados Unidos, el Instituto Nacional de Salud Mental financió un programa de intervención temprana destinado a atender a pacientes con un primer episodio de psicosis en estados del país²³. Actualmente los programas de intervención temprana se han convertido en el tratamiento base para pacientes que sufren un PEP en muchos países¹⁷. En España, como más adelante se mencionará, pese a que el despliegue de estos equipos dista mucho de los mencionados en otros países occidentales, se ha realizado un informe de evaluación que compara los resultados obtenidos desde programas de intervención temprana en psicosis sobre diferentes indicadores asistenciales como el número de hospitalizaciones, tentativas autolíticas, número de visitas a urgencias, entre otros, con la asistencia convencional, lográndose resultados significativos a favor de los programas de psicosis precoz²⁴. No es menos importante resaltar que se disponen de estudios que demuestran que la intervención temprana en psicosis supone un ahorro de costes asociados tanto a corto como a largo plazo en comparación con el tratamiento estándar²⁵⁻²⁶.

c. Situación actual en España de la ITP

A pesar de los beneficios hasta ahora aportados, en España todavía no son frecuentes las medidas de atención temprana que ya funcionan en otros países. Nuestros servicios están sobre todo centrados a la asistencia de la enfermedad crónica y trastornos mentales de larga evolución²⁷.

La actividad preventiva es baja y los profesionales que más están en contacto con la población de riesgo de esquizofrenia y otras psicosis carecen de las herramientas o de un mayor apoyo para posibilitar la detección precoz. En algunas comunidades autónomas existen programas incipientes

de detección precoz, con una desigual implementación²⁷. Dadas las transferencias de la organización sanitaria, las condiciones y los recursos de que se disponen varían enormemente entre las diferentes comunidades autónomas y hospitales de nuestro país, e incluso dentro de los distritos de una misma ciudad, dificultando también la implementación de estos programas. Existe en muchos casos un desconocimiento sobre las bondades de este programa entre los profesionales de la salud mental, posiblemente mediada en parte por falta de información sobre los resultados de estudios discutidos en este artículo, en que una intervención precoz puede ayudar significativamente al paciente con psicosis incipiente²⁷. Los servicios no responden a las necesidades de evolución y atención adecuadas. Por ejemplo, la reorganización de recursos no es apropiada: largas listas de espera y largos espacios de tiempo entre visitas. Además, se tienen en cuenta solamente recursos sanitarios y no psicosociales. En este sentido se apunta que, si bien, desde finales de los años sesenta del pasado siglo se encuadra la atención en salud mental en una perspectiva *biopsicosocial*, la realidad, es que, aún, la intervención es eminentemente biologicista, permaneciendo, en última instancia, los aspectos personales, culturales, familiares, sociales, laborales y económicos, invisibles tras un diagnóstico y tratamiento médicos²⁸. La intervención temprana en psicosis debería incidir en aspectos vocacionales y laborales, lo que no sucede en parte por la escasa coordinación de los servicios sanitarios con los sociales en las distintas comunidades autónomas. Tampoco se ofrece la intervención integral necesaria, ni se asegura una continuidad asistencial los tratamientos están fragmentados en servicios (asistenciales, de hospitalización, de toxicomanía, psicosociales, etc.)²⁷. En definitiva, los servicios no contemplan el uso de herramientas basadas en software para telefonía móvil o redes y plataformas sociales que son hoy en día puertas de acceso indispensable para esta población²⁹.

d. Situación en Cataluña de la ITP

En Cataluña en el año 2007 se realizaron varias recomendaciones del *Pla Director de Salut Mental i Addiccions* (PDSMiA) que culminaron en la implementación progresiva de 12 pruebas piloto conocidos como *Programas de Atención Específica a los Trastornos Psicóticos Incipientes* (PAE-TPI) en diferentes territorios de Catalunya (Barcelona, Cerdanyola, Segrià, Baix Camp, Terres de l'Ebre, Gironès i la Selva Marítima)³⁰. Paralelamente se constituyó la Comisión Pedagógica y de Seguimiento de los PAE-TPI integradas por miembros de diferentes programas piloto con la finalidad de promover una implantación homogénea de nuevos programas en diferentes territorios, facilitar la formación continuada y especializada de los profesionales de los programas y llevar a cabo el seguimiento del desarrollo de los programas y su evaluación. Tal y como se especifica, el Programa PAE-TPI es la propuesta de desarrollar un nuevo modelo organizativo y de integración territorial de dispositivos y servicios que defina los objetivos prioritarios, implemente programas comunitarios, promueva unidades funcionales y facilite actuaciones coordinadas con otros dispositivos. Los objetivos comunes de los programas del PAE-TPI son: la detección y la intervención precoz con la finalidad de disminuir la incidencia de los trastornos psicóticos; reducir el daño y mejorar el pronóstico³⁰. Pese a esta voluntad de despliegue completo y homogéneo del programa, la realidad es que en la mayoría de nuevos territorios se está todavía en una fase inicial de implementación de la contratación y distribución de profesionales, de la constitución de los equipos y establecimiento de los mecanismos de coordinación y seguimiento de las intervenciones, de la definición de los circuitos y formalización de criterios y mecanismos de derivación entre servicios y, en definitiva, del programa PAE-TPI³¹.

e. El PAE-TPI Mollet del Vallés

El PAE-TPI FSM nace en octubre de 2021. El programa está integrado por un médico psiquiatra (60% de la semana laboral) y una trabajadora social (el mismo tiempo dedicado). Por otro lado, éste contaría con el apoyo de los profesionales del Centro de Salud Mental de Adultos (CSMA), como son los referentes de psicología o enfermería que dan atención en modalidad ambulatoria, así como referentes terapeutas del Servicio de Rehabilitación Comunitaria (SRC), pero a día de hoy no forman parte estrictamente del equipo PAE-TPI y sus intervenciones, por este motivo, todavía son puntuales y no continuas.

El programa se ha establecido como un proyecto de mirada comunitaria y de seguimiento intensivo, es decir, que se basa en función de las necesidades y/o situación personal de las personas atendidas. Es decir, se dedica el tiempo, sobre todo, a identificar tanto atenuantes como agravantes de la clínica, a ahondar sobre las relaciones personales, el entorno familiar, la situación económica y académica, así como a esclarecer sucesos personales pasados. En definitiva, el PAE-TPI se interesa en conocer de forma exhaustiva a la persona y su contexto y no a sofocar la sintomatología con medicación sistemáticamente, algo que se menciona en un artículo sobre los dispositivos convencionales en salud mental³². Cabe señalar que se hace uso de tecnología y software convencional en jóvenes para que la comunicación sea más directa y flexible que con respecto de los modelos convencionales y que facilita, a la vez, el acercamiento y el vínculo a esta población, como se ha mencionado anteriormente²⁹.

Partiendo de este punto las visitas pueden realizarse en el centro de salud, en el domicilio o en el territorio de la persona a la que se acompaña. Del mismo modo, el tiempo entre las mismas puede cambiar según la situación concreta de la persona, variando de treinta minutos a dos horas si se considera necesario por la estabilidad y la evolución posterior del malestar. Las visitas pueden ser individuales o familiares si se acuerda con la persona atendida. Asimismo, la frecuencia de visitas no está definida, pero puede variar de una visita al mes o cada dos meses en caso de personas con buena evolución y con recuperación progresiva de su funcionalidad, como de varias veces a la semana en caso de una situación de urgencia donde se quiere prevenir el ingreso hospitalario.

Un *momento crítico* o lo que se conoce como *descompensación* o *crisis* es una situación donde el profesional está destinado a responder de la manera más rápida y efectiva posible con el objetivo de minimizar el malestar de la persona. Por otro lado, representa un momento trascendente, ya que es, también, el momento en que emergen situaciones de las que normalmente la persona no habla o relaciones que en ese momento se convierten en relevantes y que juegan un papel clave en la clínica y en la vida de esa persona. Creemos que el abordaje de un momento crítico podría determinar, a largo plazo, la evolución del trastorno mental y, por tanto, la respuesta debería ser lo más exhaustiva y personalizada posible.

Las visitas se hacen prioritariamente en dupla, con el fin de favorecer el vínculo con ambos profesionales a la vez y de evitar fragmentación en la atención y/o en la información. Esta estrategia también facilita la continuidad asistencial cuando uno de los referentes está ausente, preservando así la confianza, la cual es un factor esencial y especialmente sensible en momentos críticos, cuyo abordaje, como ya hemos dicho, creemos que es un factor determinante en la evolución del trastorno mental. Se realizan coordinaciones con todas las unidades del servicio de salud mental que comparten atención con los pacientes en programa y forma parte del paraguas de atención comunitaria, compartiendo espacio mensual de reunión con los programas como el Programa de Soporte Intensivo (PSI), el SRC y la Unidad de hospitalización psiquiátrica domiciliaria (UHPAD). Son las llamadas coordinaciones *de proximidad*, las cuales tienen la duración de una hora semanal de coordinación junto al equipo específico de PAE-TPI.

Otra perspectiva de futuro es la creación de más espacios grupales de acompañamiento en la comunidad y la colaboración con otros estamentos de la comunidad que sirva de apoyo para estas personas. Es por ello que se ha considerado importante acercarnos como programa a los servicios que ya están trabajando con jóvenes y que pueden sinérgicamente con nosotros ofrecer un apoyo en sus propias especialidades.

En definitiva, se hipotetiza que este acercamiento, definido como exhaustivo, de mirada comunitaria y, sobre todo, centrado en las necesidades las personas, tendría un impacto determinante en los principales indicadores asistenciales como lo son el número de hospitalizaciones, número de visitas a urgencias, las tentativas autolíticas, así como el funcionamiento general y el estado psicopatológico de la persona a la que acompañamos en comparación a la asistencia desde un servicio convencional.

2. Materiales y métodos

a. Ámbito y diseño del estudio

El estudio se ha llevado a cabo en el Hospital Comarcal Mollet del Vallés en el Servicio de Salud Mental y Adicciones, entre 2021 y 2023, dentro del programa PAE-TPI FSM que atiende a una población potencial (el Bajo Vallés) de entre 18-35 años de 31500 personas.

Se empleó un diseño cuasi experimental con controles antes y después. Se realizaron dos mediciones, una previa a la intervención y otra posterior. Se evaluó un periodo comprendido entre octubre 2021 (momento en que se inaugura el programa y comienza a recibir pacientes) y 2023 (año completo). En este periodo se incluyen aquellos pacientes del programa que cumplen un año de seguimiento y que previamente habían realizado, como mínimo, un año de seguimiento en CSMA o CSMIJ (si entonces eran menores de edad). Durante el periodo preestablecido se han recopilado y determinado los parámetros sometidos a análisis: número de ingresos, número de visitas a urgencias, tentativas autolíticas y valores EAG, antes y después.

b. Sujetos del estudio

La población diana se definió como aquellos pacientes que cumplían criterios PAE-TPI definidos en el Plan director de CatSalut³³ y que previo a la derivación a nuestro servicio habían realizado mínimo un año de seguimiento tanto en el CSMA (tabla 1).

Los pacientes excluidos fueron aquellos que aun cumpliendo criterios para el PAE-TPI, aún no completaban un año de seguimiento en CSMA y/o en PAE-TPI. Del total de 62 pacientes incluidos en el programa PAE-TPI a fecha del presente estudio, solo cumplían haber realizado seguimiento previo en el CSMA, 23 del total de pacientes (N=23).

Tabla 1. Pacientes entre 18 y 35 años que cumplan los siguientes criterios

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Estados Mental de Alto Riesgo de desarrollar un primer episodio psicótico. (EMAR)*	Patología orgánica diagnóstica relacionada con el inicio del cuadro.
Primer Episodio Psicótico. (PEP)**	Edad inferior a 18 años o superior a 35 años.
Personas en fase de recuperación durante el periodo crítico de cinco años posteriores a un primer episodio psicótico. (PC)	Discapacidad intelectual severa o trastornos del espectro autista sin sintomatología psicótica. Psicosis por intoxicación aguda o por abstinencia, trastornos de la personalidad o trastornos del espectro neurótico.

* Personas con sintomatología subumbral y familiar de primer grado diagnosticado de trastorno psicótico, personas con trastorno esquizotípico y declive funcional (>30 puntos EAG), personas con sintomatología breve, intermitente y limitada (brief limited intermittent psychotic symptoms, BLIPS).

** Personas que presentan por primera vez manifestaciones psicóticas francas que pueden ser compatibles con diferentes diagnósticos de psicosis afectiva y no afectiva: esquizofrenia, trastorno por ideas delirantes, trastorno psicótico agudo, trastorno esquizoafectivo, trastorno esquizofreniforme, trastorno psicótico no orgánico.

c. Variables

I. La variable independiente elegida fue la asistencia del PAE-TPI FSM durante un año, descrita en la introducción del estudio, como una aproximación de mirada comunitaria donde es el dispositivo el que se adapta a las necesidades de la persona y no a la inversa. Se han cuantificado diversos parámetros que reflejarían indirectamente la intensidad y la flexibilidad del PAE-TPI FSM, en este caso, el número de visitas promedio y el porcentaje de comparecencias.

II. Las variables dependientes fueron el número de hospitalizaciones, el número de visitas a urgencias y el valor de la Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG, o GAF en inglés). Dichas variables son cuantitativas discretas (tabla 2).

Tabla 2. Desglose datos variables dependientes								
Paciente	*H. CSMA	H. PAE-TPI	UCIAS CSMA	UCIAS PAE-TPI	**TA CSMA	TA PAE-TPI	EAG CSMA	EAG PAE-TPI
1	1	0	5	1	0	0	50	75
2	0	0	0	0	0	0	40	60
3	0	0	0	0	0	0	50	70
4	2	0	1	0	0	0	50	70
5	2	0	1	0	0	0	50	70
6	2	0	1	0	0	0	50	70
7	2	0	2	0	0	0	60	80
8	0	0	1	1	0	1	60	80
9	1	0	1	0	1	0	50	65
10	1	0	1	0	1	0	55	70
11	0	0	0	0	0	0	60	75
12	3	0	7	0	1	0	50	60
13	0	1	0	1	0	0	50	60
14	4	1	5	2	0	0	60	70
15	1	2	1	1	0	1	60	70
16	2	0	0	0	0	0	60	70
17	0	0	0	0	0	0	50	55
18	1	0	1	0	0	0	55	60
19	1	0	1	0	0	0	50	50
20	1	0	2	2	0	0	55	55
21	0	0	0	0	0	0	60	60
22	1	0	0	1	0	0	75	75
23	1	0	1	0	0	0	60	50
Total	26	4	31	9	3	2	1260	1520
\bar{X}	1.13	0.17	1.34	0.39	0.13	0.086	54.78	66.08
S	1,057	0,49	1,84	0,66	0,34	0,29	6,99	8,78
Var. %	-84.61%		-70.96%		-33,84%		+20.62%	

* hospitalizaciones ** tentativas autolíticas

III. Variables secundarias fueron la edad, el sexo de los pacientes y nivel socio económico.

d. Intervención

Los instrumentos de compilación de datos que se emplearon para el estudio fueron Microsoft Excel versión 2016 y la EEAG.

En cuanto a los datos de hospitalización se recopilaron de forma encriptada de los registros de la historia clínica informatizada (HC3, desde el SAP) del año correspondiente anterior a la derivación del paciente al PAE-TPI. Los datos de hospitalización durante su seguimiento en nuestro programa se habían almacenado en una hoja de Excel, la cual se utilizó para su extracción cumplido un año de seguimiento. Acerca de los datos de las visitas al servicio de urgencia y para las conductas suicida, se realizó el mismo procedimiento que para los datos de hospitalización. En el caso de las visitas a urgencias solo se contabilizaron aquellos episodios que se resolvieron con alta desde el dispositivo de urgencias y no aquellos que concluyeron en ingreso hospitalario. De esta manera se diferenciaba claramente de las visitas a urgencias netas de las que, en último término, concluían con un ingreso hospitalario.

Finalmente, la Escala EAG se realizó a todos los pacientes en la primera visita de evaluación de nuestro programa y al cabo de un año de seguimiento.

Los cortes transversales para la recopilación de datos se hicieron tomando en consideración la fecha de valoración del paciente en nuestro programa PAE-TPI y se calculó desde ese punto, un año anterior al mismo para definir el tiempo de seguimiento en CSMA. Desde la fecha de evaluación del paciente, se calculó un año para establecer el tiempo de seguimiento de PAE-TPI donde se compilarían los datos para, acto seguido, comparar con el tiempo de seguimiento en el CSMA.

Dado que consiste en usuarios que están en seguimiento en nuestro propio programa y en ningún caso nos desviamos de los objetivos ni del proceder habitual que marca el programa desde el principio y, el cual se acuerda verbalmente en la primera visita de valoración, no ha sido necesaria la aplicación de ningún consentimiento informado previo a la realización del presente estudio. Cabe añadir, por otro lado, que el trato de los datos que se exponen es totalmente anónimo.

Además, el estudio fue presentado ante el Comité de Docencia e Investigación del Hospital Mollet del Vallés en septiembre de 2024 obteniendo la aprobación y la aceptación del mismo.

c. Plan de análisis

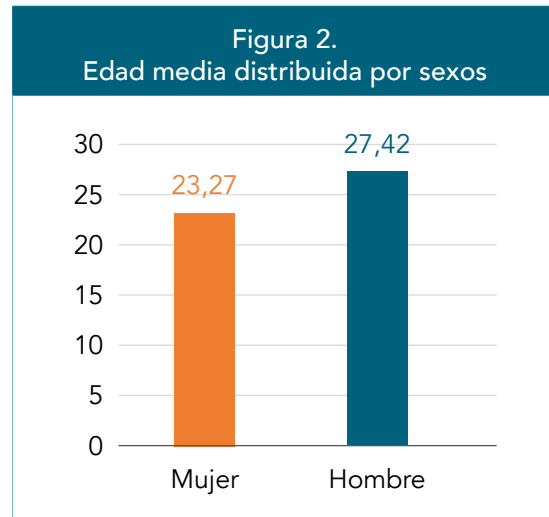
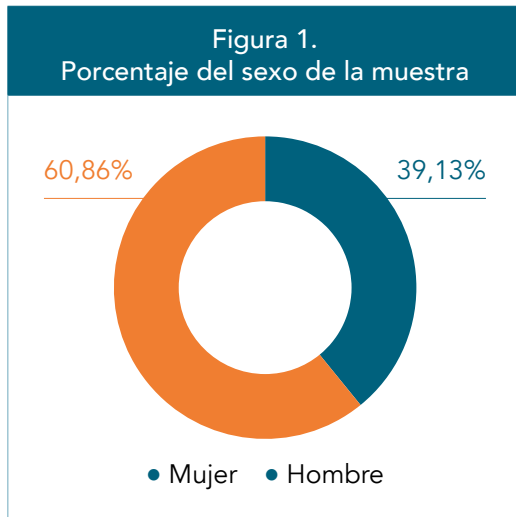
Se trata de un análisis cuasi experimental, con la introducción de una intervención (PAE-TPI) que irrumpe en el seguimiento previo del paciente en el CSMA. Se trata de un estudio *pre-post*, con dos medidas en dos tiempos distintos, antes y después de la intervención.

Inicialmente se realizó una prueba de normalidad por cada variable dependiente, para determinar si la distribución de la muestra era normal o si, por el contrario, no lo era. Se escogió finalmente la prueba de *Shapiro Wilk* y no la de *Kolmogorov-Smirnov* dado que la $N < 50$. Resultó a la postre que el patrón distribucional no era normal para todas las variables dependientes, por ello, nos decantamos por el test estadístico de *Wilcoxon* en vez de la *t-student* para variables relacionadas. Así pues, desde el punto de vista estadístico para las tres primeras variables plantearemos la hipótesis nula como la mediana de las diferencias igual a cero ($H_0: Me_d = 0$) y la hipótesis alternativa como la mediana de las diferencias menor que cero ($H_a: Me_d < 0$), es decir que hay un descenso tanto de ingresos hospitalarios, visitas a urgencias, como de tentativas autolíticas después de un año de asistencia en nuestro PAE-TPI; contrariamente, para la variable del valor EAG, plantearemos la hipótesis nula como la mediana de las diferencias igual a cero ($H_0: Me_d = 0$) y la hipótesis alternativa como la mediana de las diferencias mayor que cero ($H_a: Me_d > 0$), es decir que aumenta la diferencia entre las medianas del valor de la EAF tras la intervención de PAE-TPI. Por otro lado, se usó un nivel de significación del 0.05, para hallar el valor crítico de *W* (prueba unilateral o de una cola).

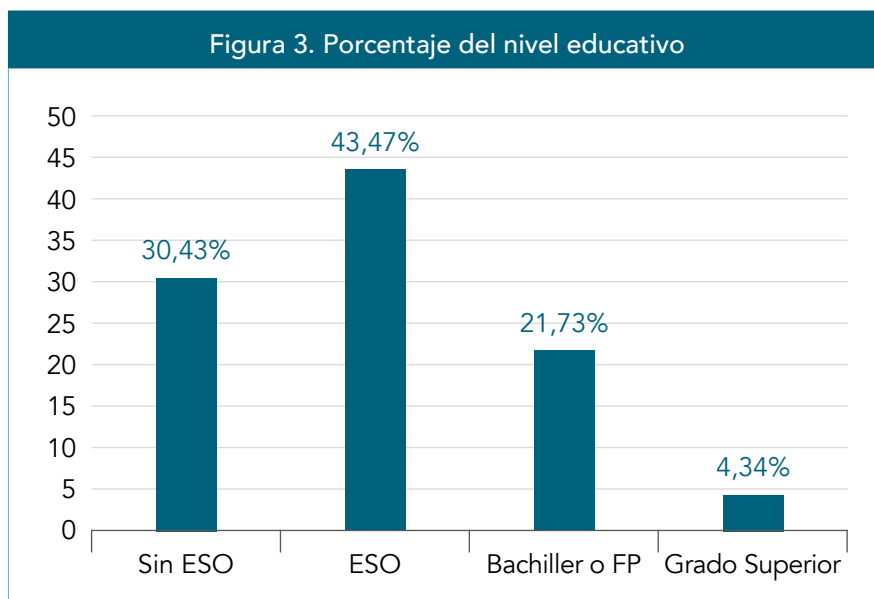
3. Resultados

a. Variables complementarias

Se han reclutado en el estudio un total de 23 sujetos. El 60.86% han sido hombres, mientras que el 39.13% han sido mujeres. La edad media de mujeres ha sido de 23,27 años y la de hombres de 27,42 años (figuras 1 y 2). 12ª

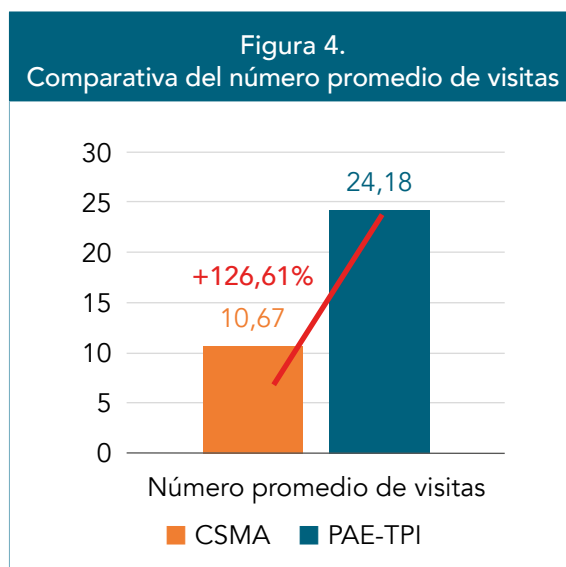


Del total un 30.43% tiene estudios de secundaria inacabados, un 43.47% acabó la secundaria, un 21.73% completó la formación profesional o bachillerato y solo un 4.34% de ellos tenía estudios superiores (figura 3)

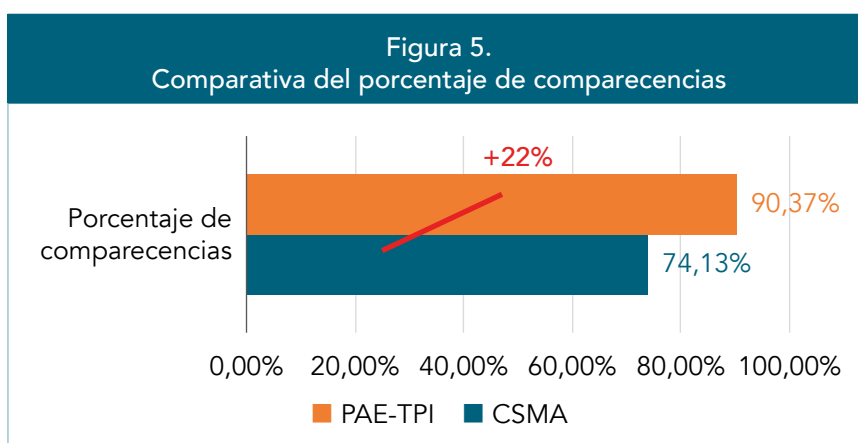


b. Variables independientes

En vistas de parametrizar la exhaustividad del programa se calculó y se comparó el número promedio de visitas realizadas en uno y otro dispositivo. Se observa un aumento significativo del promedio de visitas en cuanto al seguimiento usual previo, representando un incremento del +126,61% (figura 4).



Para reflejar el grado de flexibilidad del programa, y de forma indirecta el efecto de la capacidad de despliegue a nivel comunitario y del vínculo con el programa, se comparó el número de comparecencias con respecto del total de visitas programadas en uno y otro dispositivo. Resultó un aumento +22% de las comparecencias relativo al seguimiento anterior (figura 5).

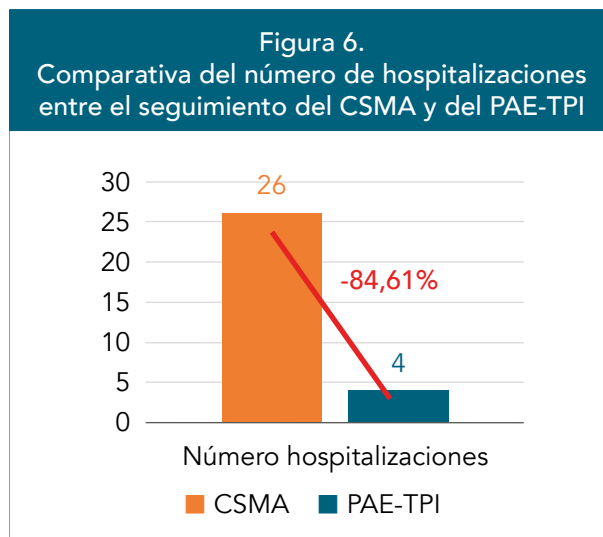


c. Variables dependientes

Tabla 3. Parámetros estadísticos a partir de los resultados de la muestra								
Paciente	H. CSMA	H. PAE-TPI	UCIAS CSMA	UCIAS PAE-TPI	TA CSMA	TA PAE-TPI	EAG CSMA	EAG PAE-TPI
Total	26	4	31	9	3	2	1260	1520
Mediana	1	0	1	0	0	0	55	70
Moda	1	0	1	0	0	0	50	70
Var. %	-84.61%		-70.96%		-33,84%		+20.62%	
∑ ranking (+)	12		15		9		187	
∑ ranking (-)	141		90		6		3	
Población	23		23		23		23	
Distribución (p-valor)	0,00345	0,000000014	0,000009	0,000002	0,000000011	0,000000003	0,0023	0,08931
Valor W*	12		15		6		3	
V. crítico*	83		83		83		83	

* Valor crítico > Valor W → Significación estadística, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa.

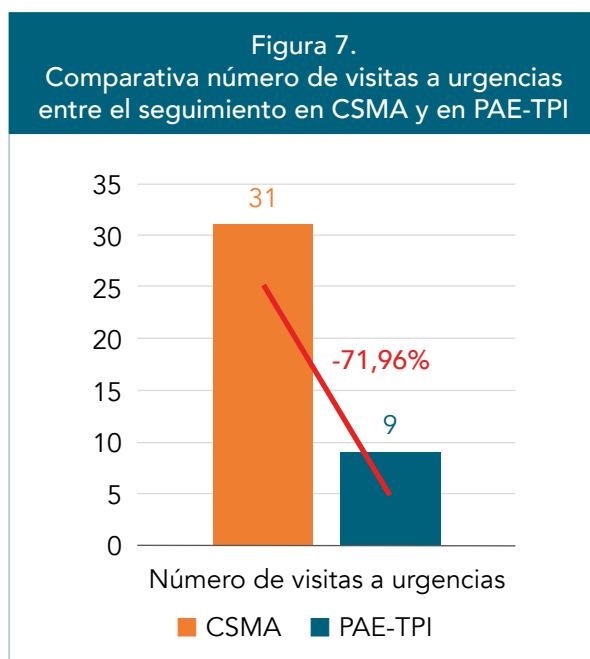
En lo tocante a la comparativa de hospitalizaciones se puede advertir una importante disminución del número total de las mismas entre el año de seguimiento en CSMA y después de un año de seguimiento en el PAE-TPI. Disminuyeron de 26 a 4, es decir, una reducción del 84.61% (figura 6).



Desde el punto de vista estadístico se realizó el test de *Wilcoxon* para muestras apareadas, habiendo comprobado previamente mediante el test de *Shapiro Wilk* que la distribución que seguía la muestra no era normal, para determinar la significancia estadística de los resultados obtenidos. De modo estadístico la hipótesis nula contempla que la mediana de las diferencias es igual a cero ($H_0: Me_d = 0$) y

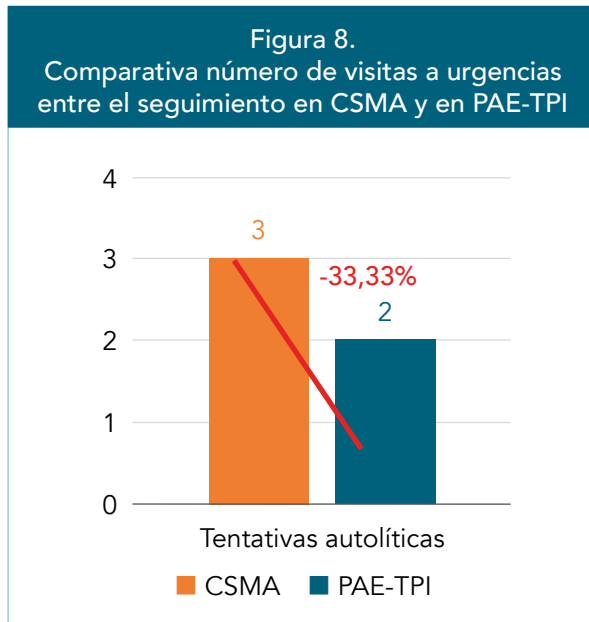
la hipótesis alternativa que la mediana de las diferencias es menor que cero ($H_0: Me_d < 0$), o, extrapolado a nuestro estudio, la hipótesis nula contempla que pese a los presentes hallazgos no hay evidencia suficiente para afirmar que la intervención del PAE-TPI después de un año disminuye el número de hospitalizaciones de las personas en seguimiento previo en CSMA, mientras que la hipótesis alternativa sí lo evidencia. Para tal determinación se halló el valor W y el valor crítico, siendo este último, mayor que el primero ($83 > 12$), por ende, se puede afirmar que la reducción de hospitalizaciones acontecida después de nuestra asistencia en el PAE-TPI es estadísticamente significativa (tabla 3).

En lo atinente a la frecuentación de visitas a urgencias, también se observa una caída sustancial, pasando de 31 a 9, es decir una reducción del 71,96% de las visitas a urgencias, durante el seguimiento de un año en nuestro programa PAE-TPI (figura 7).



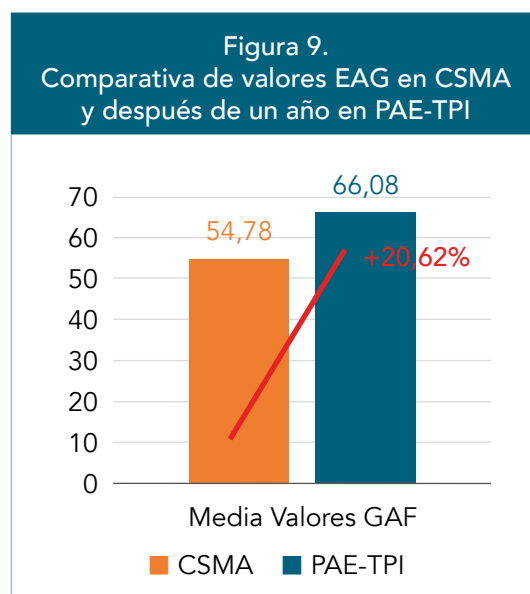
Sobre la relevancia estadísticas de los resultados, se operó de igual modo que la variable anterior, determinándose en primer lugar la normalidad de la distribución de la muestra. De igual manera, resultó una distribución no normal o variables no paramétricas, con lo cual se escogió de nuevo el test de Wilcoxon para muestras apareadas. Estadísticamente la hipótesis nula contempla que la mediana de las diferencias es igual a cero ($H_0: Me_d = 0$) y la hipótesis alternativa que la mediana de las diferencias es menor que cero ($H_0: Me_d < 0$), o, extrapolado a nuestro estudio, la hipótesis nula indica que pese a los presentes hallazgos no hay evidencia suficiente para afirmar que la intervención de PAE-TPI después de un año disminuye el número de visitas a urgencias de las personas en seguimiento previo en CSMA, mientras que la hipótesis alternativa sí lo evidencia. Para tal determinación se halló el valor W y el valor crítico, resultando este último, nuevamente, mayor que el primero ($83 > 15$), de forma que, se puede afirmar que la reducción de las visitas a urgencias tras de nuestra intervención en el PAE-TPI, es estadísticamente significativa (tabla 3).

En lo correspondiente a las tentativas autolíticas se observa una ligera disminución de las mismas, recudiéndose de 3 a 2, es decir una reducción del -33.33%, durante el seguimiento de un año en nuestro programa PAE-TPI (figura 8).



En consideración a la relevancia estadísticas de los resultados, se operó de igual modo que la variable anterior, determinándose en primer lugar la normalidad de la distribución de la muestra. En esa misma línea, resultó una distribución no normal, por tanto, se escogió de nuevo el test de Wilcoxon para muestras apareadas. Formalmente la hipótesis nula contempla que la mediana de las diferencias es igual a cero ($H_0: Me_d = 0$) y la hipótesis alternativa que la mediana de las diferencias es menor que cero ($H_0: Me_d < 0$), o, extrapolado a nuestro estudio, la hipótesis nula indica que pese a los presentes hallazgos no hay evidencia suficiente para afirmar que la intervención de PAE-TPI después de un año disminuye el número de tentativas autolíticas de las personas en seguimiento previo en CSMA, mientras que la hipótesis alternativa sí lo evidencia. Para tal determinación se halló el valor W y el valor crítico, revelándose este último, de nuevo, mayor que el primero ($83 > 15$), por consiguiente, se puede afirmar que la reducción de las visitas a urgencias tras de nuestra intervención en el PAE-TPI, presenta relevancia estadística (tabla 3).

Por último, los valores EG presentan una disminución también notoria, pasando de una media de 54,78 a una del 66,08, en otras palabras, aumenta hasta 20,62% la puntuación EAG media tras un año de seguimiento en el PAE-TPI FSM (figura 9).



Para hallar nuevamente a la relevancia estadísticas de los resultados, se procedió de la misma forma que las dos variables anteriores, es decir, determinando la normalidad de la distribución de la muestra. Esta vez, reflejó que una de las series seguía una distribución normal, mientras que la otra resultó ser una variable no paramétrica. Cuando al menos hay una variable no paramétrica utilizaremos el test de Wilcoxon. De un modo formal, la hipótesis nula contempla que la mediana de las diferencias es igual a cero ($H_0: Me_d = 0$) y la hipótesis alternativa que la mediana de las diferencias es mayor que cero ($H_0: Me_d > 0$), o, extrapolado a nuestro estudio, la hipótesis nula indica que pese a los presentes hallazgos no hay evidencia suficiente para afirmar que la intervención de PAE-TPI después de un año aumenta los valores EAG, mientras que la hipótesis alternativa sí lo evidencia. De nuevo se determinó el valor W y el valor crítico, siendo este último, una vez más, mayor que el primero ($83 > 3$), por lo que, se puede ratificar un aumento estadísticamente significativo de los valores EAG tras nuestra intervención del PAE-TPI (tabla 3).

4. Discusión

La población del estudio son pacientes de la zona básica del Hospital de Mollet del Vallés (Bajo Vallés), entre 18-35 años, que cumplían criterios clínicos y de tiempo de evolución para el PAE-TPI que habían realizado previamente un año mínimo de seguimiento en CSMA y habían cumplido un año de seguimiento en nuestro programa.

En la muestra se halló 1,5 veces más de hombres que de mujeres. La media de edad del grupo de mujeres ha sido de 23,27 años, mientras que de hombres ha sido algo superior con una media de 27,42 años.

Con respecto al nivel educativo, la mayoría de ellos había finalizado los estudios secundarios, un 40.47%, seguido de estudios de secundaria inacabados, un 30.43%, es decir, que más de un 70% de ellos, tiene a lo sumo los estudios de secundaria. Se puede extraer del gráfico que uno de cada tres personas de la muestra no ha completado los estudios secundarios y solo una persona de la muestra tenía estudios superiores (4.43%).

También se comprobó que había aumentado el número promedio de visitas por paciente hasta un +126.61%, sin tener en cuenta que la media de tiempo por visita en general es mayor en nuestro programa y que las visitas son en dupla, lo cual no aparece reflejado en el gráfico. Análogamente al incremento promedio de visitas por paciente, se vio que el nivel de comparecencias había aumentado en contraste con el seguimiento anterior un +22%. Todos estos resultados parecen designar un refuerzo importante y significativo del vínculo entre el paciente y el equipo, aunque no se haya aplicado ningún test estadístico para comprobarlo.

Otro aspecto importante es comentar la desviación estándar (s) de las variables dependientes analizadas, las cuales, en líneas generales, cuentan con poca dispersión, sobre todo, hospitalizaciones, visitas a urgencias y tentativas autolíticas. Aparece más dispersión en los valores EAG analizados (tabla 2).

Acerca del estudio de las variables dependientes que se analizaban, podemos observar una disminución clara tanto de las hospitalizaciones, de las visitas a urgencias, como de las tentativas autolíticas, -84,61%, -71,96% y -33,33% respectivamente, siendo todos estos valores estadísticamente significativos, Valor Crítico > Valor W (tabla 4, tabla 6 y 8 respectivamente).

Por otro lado, tras un año de seguimiento en el PAE-TPI se produjo un aumento de los valores EAG, +20,62%, resultando, una vez más, estadísticamente significativo, Valor crítico > Valor W (tabla 10).

5. Críticas

En primer lugar, se trata de una muestra pequeña, lo que es así debido a que el programa nace apenas hace tres años y, por otro lado, las personas que han hecho un recorrido previo de un año de seguimiento antes de su derivación al programa, es cada año menor, ya que cada vez más facultativos conocen la existencia de dicho servicio y derivan con más antelación.

Otra limitación que se podría objetar es que, si bien el análisis se ha revelado estadísticamente significativo, se ha realizado sobre un año de seguimiento solamente. Seguramente, los resultados cobrarían más relevancia estadística de mantenerse de modo similar a lo largo del tiempo, por ejemplo, realizar el corte a los tres o a los cinco años (duración máxima del programa). Posteriormente se podría seguir analizando, para comprobar si dichos resultados se sostienen, una vez las personas han sido dados de alta del programa.

Por otra parte, consiste de un estudio cuasi experimental, es decir, que la selección de la muestra no es aleatoria y las variables no son independientes entre sí, de forma que, se podría plantear un estudio similar con un grupo control que cumpla criterios PAE-TPI y, sin embargo, haya realizado todo su seguimiento en CSMA, comparando los resultados de uno y otro grupo.

6. Conclusiones

A la luz de los resultados del presente estudio, se puede inferir que la intervención del PAE-TPI FSM, caracterizado por disponer de una mayor disposición (número de visitas y duración de las mismas, flexibilidad en tiempo y espacio), de una rápida e intensiva respuesta ante situaciones críticas, así como de una priorización y la particularización del malestar, tiene un impacto significativamente estadístico en los indicadores asistenciales propuestos, mejorando determinadamente los valores iniciales desde un seguimiento convencional. Pese a que muchos estudios hacen énfasis a la importancia de la duración de la psicosis no *tratada*¹⁰⁻¹⁸, dando a entender un tratamiento sobre todo psicofarmacológico, con miras a la evolución y al pronóstico, se colige del presente estudio y de las referencias estudiadas, que si bien es relevante la intervención en los primeros estadios de las manifestaciones psicóticas, es igual o más importante si cabe una aproximación centrada en la persona y a los problemas particulares y contextuales de la misma, el tiempo de dedicación, así como el vínculo establecido con el equipo (multidisciplinar) referente¹⁵⁻¹⁶⁻¹⁷⁻²⁰. Por lo tanto, se podría afirmar, apoyándose en los parámetros estadísticos mostrados, que el enfoque asistencial del programa disminuye significativamente el número de ingresos hospitalarios, las visitas a urgencias, así como las tentativas autolíticas, fomentando, así, una mejoría clínica y evolutiva del trastorno psicótico incipiente a largo plazo, lo cual ya es reseñado en artículos internacionales²⁰.

Los programas de intervención temprana en psicosis ofrecen un tratamiento coordinado y exhaustivo a personas con primeros síntomas psicóticos. En general, han demostrado ser más efectivos que los cuidados estándares desde el punto de vista clínico como el funcional, así como desde un punto de vista costo-efectivo²⁴⁻²⁵. Pese a que se han implementado progresiva y homogéneamente en diferentes países occidentales, en España, y en concreto, en Cataluña, su desarrollo e implantación ha sido, hasta la fecha, lenta y desigual, y predominando, todavía, una asistencia de la enfermedad cronicada y los trastornos mentales de larga evolución²⁷ bajo un paradigma, además, predominantemente biomédico²⁸. Aun cuando los recursos y el tiempo de dedicación del PAE-TPI FSM son escasos y reflejan la renuencia en la implementación de este tipo de servicios en nuestro territorio, lo cual, dicho sea de paso, es opuesto a las recomendaciones de los planes directores internacionales¹⁵, se ha podido constatar, sin embargo, las mejoras tanto clínicas como costo-efectivas (deducido indirectamente de la mejora en las variables dependientes analizadas) del programa, hecho que, en sí mismo, ratificaría los resultados de otros estudios ya publicados sobre esta materia²⁰⁻²⁴. En este sentido, se revela, cuanto menos controvertido, que, transcurridos 17 años de los programas piloto en territorio catalán, todavía su implementación sea escasa, heterogénea y no generalizada, considerándose, por tanto, de perentoria necesidad una mayor inversión en la creación de los programas de atención especializada en psicosis incipiente y/o en la mejora de los ya existentes.

Contacto: Julio Company Ortega¹ y Marta Teruel Romero²

✉ j.company@fsm.cat¹ ✉ m.teruel@fsm.cat² ☎ 935 636 100

Ronda de Pinetons n°6 • 08100 Mollet del Vallès, Barcelona

<https://orcid.org/0009-0006-0004-390X>¹; <https://orcid.org/0009-0002-9419-7088>²

7. Referencias

1. Berkohut SG. (2018). Paradigm shift? Purity, progress and the origins of first-episode psychosis. *Medical Humanities*; medhum-2017-011383. doi: 10.1136/medhum-2017-011383.
2. Tekin S. 2016. Are Mental Disorders Kinds?: A Plea for a New Approach to Intervention in Psychiatry. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*; 23:147-163. doi: 10.1353/ppp.2016.0013.
3. Klosterkötter J, Schultze-Lutter F, Ruhmann S. (2008). Kräpelin and psychotic prodromal conditions. *Archivos Europeos de Psiquiatría y Neurociencia Clínica*; 258 Suppl 2:74-84. doi: 10.1007/s00406-008-2010-5.
4. Sullivan HS. (1994) The onset of Schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry*; 151 (6 Suppl) 134-9. doi: 10.1176/ajp.151.6.134.
5. Cameron, D.E. (1938) Early schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 95:567-578.
6. Keith SJ, Matthews SM, eds. (1988) A National Plan For Schizophrenia Research: Panel Recommendations.: *Schizophrenia Bulletin*;14(3):149-61. doi: 10.1093/schbul/14.3.439.
7. Tohen M, Stoll AL, Strakowski SM, et al. (1992). The McLean First-Episode Psychosis Project: six-month recovery and recurrence outcome. *Schizophrenia Bulletin*; 18(2):273-82. doi: 10.1093/schbul/18.2.273.
8. Copolov DL, McGorry PD, Keks N, et al. (1989) Origins and establishment of the schizophrenia research programme at Royal Park Psychiatric Hospital. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*; 23(4):443-51. doi: 10.3109/00048678909062611.
9. McGorry PD, Edwards J, Mihalopoulos C, et al. (1996). EPPIC: An evolving system of early detection and optimal management. *Schizophrenia Bulletin*; 22(2):305-26. doi: 10.1093/schbul/22.2.305.
10. Wyatt RJ. (1991) Neuroleptics and the natural course of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*; 17(2):325-351. doi: 10.1093/schbul/17.2.325.
11. Bosanac P, Patton GC, Castle DJ. (2010) Early intervention in psychotic disorders: faith before facts? *Psychol Med*;40(3):353-8. doi: 10.1017/s0033291709990341.
12. Anderson KK, Rodrigues M, Mann K, Voineskos A, Mulsant BH, George TP, et al. (2015) Minimal evidence that untreated psychosis damages brain structures: a systematic review. *Elsevier*;162(1-3):222-33. doi: 10.1016/j.schres.2015.01.021.
13. Rapp R, Ginsberg F. (2001) Enabling Disability: Rewriting Kinship, Remaining Cotizenship. *Public Culture*; 13(3):533-556. doi:10.1215/08992363-13-3-533.
14. McGorry P, Nordentoft M, Simonsen E. (2005). Introduction to "Early psychosis: abridage to the future". *BjPsych*;48: s1-s3. doi: 10.1192/bjpp.187.48.s1.
15. Nordentoft M, Rasmussen JO, melau M, Hjorthoj GR, Thorup AAE. (2014). How successful are first episode programs? A review of the evidence for specialized assertive early intervention. *Curr Opin Psychiatry*; 27(3):167-72. doi: 10.1097/YCO.0000000000000052.
16. Marshall M, Lockwood A, Lewis S, Fiander M. (2004). Essential elements of an early intervention service for psychosis: the opinions of experts clinicians. *BMC Psychiatry*;4(1):17. doi:10.1186/1471-244X-4-17.

17. Marshall M, Rathbone J. Early intervention for psychosis. (2011). *Cochrane Database Syst Rev.*;15:(6): CD004718. doi: 10.1002/14651858.CD004718.pub3.
18. Melle I, Haahr U, Friis S, Houstoft K, Johannessen JO, Larsen TK, et al. (2004). Reducing the duration of untreated first-episode psychosis: effect on clinical presentation. *Arch Gen Psychiatry*;61(2):143-50. doi: 10.1001/archpsyc.61.2.143.
19. Petersen L, Nordentoft M, Jeppesen L, Thorup A, Christensen TO, et al. (2005). Improving 1 year outcome in first episode psychosis: OPUS trial. *Br J Psychiatry Suppl.*; 48:s98-103. doi: 10.1192/bjp.187.48.s98.
20. Nordentoft M, Jeppesen P, Petersen L, Bertelsen M, Thorup A. (2009). The rationale for early intervention in schizophrenia and related disorders. *Early Interv Psychiatry*;3 Suppl 1:S3-7. doi: 10.1111/j.1751-7893.2009.00123.x.
21. McGorry PD. (2015). Early intervention in psychosis:obvious, effective, overdue. *J Nerv Ment Dis.*;203(5):310-8. doi: 10.1097/NMD.0000000000000284.
22. Nordentoft M, Melau M, Iversen T, Petersen L, Jeppesen P, Thorup A, et al. (2015). From research to practice: how OPUS treatment was accepted and implemented throughout Denmark. *Early Interv Psychiatry*;9(2):156-62. doi: 10.1111/eip.12108.
23. Mueser KT, Penn DL, Addington J, Brunette MF, Gingerich S, Gynn SM, et al. (2015). The NAVIGATE program for first-episode psychosis:rationale, overview, and description of psychosocial components. *Psychiatr Serv Wash DC*;66(7):680-90. doi: 10.1176/appi.ps.201400413.
24. Informe de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. (2023). Evaluación de los programas de intervención temprana en psicosis dirigidos a adolescentes y a adultos jóvenes.
25. Bribblecombe N, Knapp M, Murguia S, Mbeah-Bankas H, Crane S, Harris A, et al. (2015). The role of youth mental health services in the treatment of Young people with serious mental illness:2 year outcomes and economic implications *Early Interv Psychiatry*;11(5):393-400. doi: 10.1111/eip.12261.
26. McCrone P, Singh SP, Knapp M, Smith J, Clark M, Shiers D et al. (2013). The economic impact of early intervention in psychosis services for children and adolescents. *Early Interv Psychiatry*;7(4):368-73. doi: 10.1111/eip.12024.
27. Arango C, Bernardo M et al. (2017). Cuando la asistencia no sigue a la evidencia: el caso de la falta de programas de intervención temprana en psicosis en España. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc.)*;10(2):78-86. doi: 10.1016/j.rpsm.2017.01.001.
28. Ortiz Lobo, A., Huerta, R. (2018). *Críticas y alternativas en psiquiatría*, (pp. 128-129). Libros de la catarata. Madrid.
29. Alvarez-Jiménez M, Alcazar-Corcoles MA, Gonzalez-Blanch C, Bendall S, McGorry PD, Gleeson JF. (2015). Online social media: New data, new horizons in psychosis treatment. *Schizophr Res Elsevier*;165(1):96-106. doi: 10.1016/j.schres.2014.03.021
30. Pla director de Salut Mental i Addiccions, estratègies 2017-2020. (2018). *Consens per a la millora de l'atenció a les persones amb transtorn psicòtic incipient*.
31. Movimiento Rethinking. (2018). *Libro blanco de la intervención temprana en psicosis*; 194-210. Martín López-Andrade, L. Manual de Instrucciones para la deconstrucción de un dispositivo. E-Átopos n°3.

- Recibido: 03/08/2024.
- Aceptado: 22/11/2024.

Terapia de Ajuste Evolucionista para los Dominios de la Personalidad. Una intervención universal.

Evolutionary Adjustment Therapy for Personality Domains. A universal intervention.

Roberto García Sánchez.

Profesor de la Universidad Europea de Canarias.

C. Inocencio García 1 • 38300 La Orotava, Santa Cruz de Tenerife.

ORCID: [0000-0003-0385-1532](https://orcid.org/0000-0003-0385-1532)

Resumen: El artículo explora la Terapia de Ajuste Evolucionista (TAE) como un enfoque integral para abordar los trastornos psicológicos desde una perspectiva transdisciplinaria. Basada en la Teoría Psicológica del Todo, la Teoría de la Energía Cerebral y la Psicología Evolucionista, esta terapia combina factores genéticos, biológicos y ambientales para tratar los desajustes psicológicos. Se centra en los dominios de la personalidad, definidos como áreas interrelacionadas que explican patrones estables de conducta, emociones y cognición. La TAE considera que los trastornos actuales, como ansiedad y depresión, son respuestas adaptativas desfasadas frente a contextos modernos. Su intervención abarca seis dominios: biológico, disposicional, intrapsíquico, cognitivo-experiencial, social-cultural y de ajuste. En el dominio biológico, por ejemplo, se busca optimizar el metabolismo cerebral a través de cambios nutricionales y actividad física. En el ámbito social-cultural, se enfatiza la mejora de habilidades interpersonales. La teoría subyacente señala que los rasgos de personalidad, aunque estables, son moldeables mediante intervenciones evolutivas y metabólicas. Asimismo, la integración de la Teoría de la Energía Cerebral permite abordar las limitaciones energéticas del cerebro, maximizando su capacidad para adaptarse al entorno contemporáneo. Este enfoque integral no solo trata los síntomas, sino también las raíces subyacentes de los trastornos, promoviendo cambios duraderos y una mejor calidad de vida. Además, su base evolutiva y personalizada abre nuevas posibilidades terapéuticas para una psicología centrada en el individuo y sus interacciones con el entorno.

Palabras clave: rasgos de la personalidad, Teoría Psicológica del Todo, Teoría de la Energía Cerebral, Psicología Evolucionista, metabolismo cerebral.

Abstract: The article explores Evolutionary Adjustment Therapy (ETA) as a comprehensive approach to addressing psychological disorders from a transdisciplinary perspective. Based on the Psychological Theory of Everything, Brain Energy Theory and Evolutionary Psychology, this therapy combines genetic, biological and environmental factors to treat psychological imbalances. It focuses on domains of personality, defined as interrelated areas that explain stable patterns of behavior, emotions, and cognition. The TAE considers that current disorders, such as anxiety and depression, are outdated adaptive responses to modern contexts. Its intervention covers six domains: biological, dispositional, intrapsychic, cognitive-experiential, social-cultural and adjustment. In the biological domain, for example, we seek to optimize brain metabolism through nutritional changes and physical activity. In the social-cultural sphere, emphasis is placed on improving interpersonal skills. The underlying theory indicates that personality traits, although stable, are moldable through evolutionary and metabolic interventions. Likewise, the integration of Brain Energy Theory makes it possible to address the energy limitations of the brain, maximizing its ability to adapt to the contemporary environment. This comprehensive

approach not only treats the symptoms, but also the underlying roots of the disorders, promoting lasting changes and a better quality of life. Furthermore, its evolutionary and personalized basis opens new therapeutic possibilities for a psychology focused on the individual and his interactions with the environment.

Keywords: personality traits, Psychological Theory of Everything, Brain Energy Theory, Evolutionary Psychology, brain metabolism.

Introducción

La teoría de los rasgos de personalidad se erige como uno de los enfoques más robustos y ampliamente aceptados para el estudio de las diferencias individuales en el comportamiento humano. Según esta perspectiva, la personalidad está compuesta por una serie de características estables y duraderas, conocidas como rasgos, que predisponen a las personas a pensar, sentir y comportarse de manera consistente en diversas situaciones (Eysenck, 1970). Estos rasgos, definidos como tendencias relativamente permanentes, constituyen el núcleo de la identidad individual y desempeñan un papel crucial en la predicción de patrones de comportamiento a lo largo del tiempo y en diferentes contextos (McCrae & Costa, 1994).

El desarrollo de esta teoría ha estado marcado por la sistematización de los rasgos a través de modelos jerárquicos y dimensionales. Hans Eysenck, pionero en el enfoque de los rasgos, propuso el modelo PEN (psicoticismo, extraversión e introversión, y neuroticismo), fundamentado en análisis factoriales y respaldado por bases biológicas relacionadas con neurotransmisores específicos y actividad cerebral (Eysenck, 1947). Más adelante, la teoría evolucionó hacia el modelo de los Cinco Grandes Rasgos de Personalidad, conocido como Big Five, que incluye las dimensiones de apertura a la experiencia, responsabilidad, extraversión, cordialidad y neuroticismo. Este modelo ha sido ampliamente validado a nivel empírico y léxico, y ha proporcionado un marco integrador para describir la personalidad humana (Goldberg, 1990; McCrae & Costa, 1997).

Además, investigaciones recientes han destacado la influencia genética y neurobiológica en la configuración de los rasgos. Estudios de gemelos han demostrado que entre el 30% y el 60% de la variabilidad en los rasgos de personalidad es atribuible a factores genéticos, mientras que los entornos sociales y culturales modulan la expresión de estos rasgos (Loehlin, 1992). Asimismo, ciertos sistemas neuroquímicos, como la dopamina y la serotonina, han sido relacionados con dimensiones específicas de la personalidad, como la extraversión y la estabilidad emocional (Cloninger et al., 1993).

La teoría de los rasgos no solo ha proporcionado un marco conceptual sólido para describir y medir la personalidad, sino que también ha generado aplicaciones prácticas en ámbitos como la psicoterapia, la educación y los procesos de selección laboral. Sin embargo, esta teoría no está exenta de críticas. Algunos autores señalan que subestima la influencia del contexto situacional en el comportamiento, mientras que otros destacan la necesidad de explorar cómo los rasgos interactúan con factores dinámicos, como las experiencias de vida significativas (Mischel, 1968).

En este contexto, surge la **Teoría Psicológica del Todo**, que propone que la personalidad debe ser vista como un marco teórico central en la psicología clínica, capaz de unificar el diagnóstico y el tratamiento al considerar tanto los factores genéticos como los ambientales en su interacción dinámica (García-Sánchez, 2022). Según esta teoría, la personalidad no solo determina los patrones de pensamiento, emoción y comportamiento, sino que también funciona como un predictor clave de la vulnerabilidad y la resiliencia frente a trastornos psicológicos. Esto resuena profundamente con el enfoque evolucionista, donde los rasgos de personalidad son entendidos como adaptaciones específicas a contextos ecológicos pasados que, en el presente, pueden modular tanto el éxito reproductivo como la capacidad de los individuos para gestionar el estrés y las amenazas del entorno.

Paralelamente, la **Teoría de la Energía Cerebral**, desarrollada por Palmer (2022), aporta un enfoque innovador que vincula directamente el metabolismo energético del cerebro con la aparición de trastornos mentales como la ansiedad, la depresión y los trastornos obsesivo-compulsivos. Palmer argumenta que el cerebro, como órgano metabólicamente exigente, depende de un equilibrio energético preciso para mantener su funcionamiento óptimo, lo que sitúa las disfunciones metabólicas en el centro de la psicopatología. Desde un enfoque evolutivo, esta teoría refuerza la idea de que la capacidad del cerebro para adaptarse a contextos cambiantes está íntimamente ligada a los recursos biológicos disponibles, sugiriendo que los déficits metabólicos pueden ser entendidos como desajustes entre las demandas modernas y las capacidades evolutivamente diseñadas.

La **Psicología Evolucionista**, representada por el trabajo de Buss (2019), proporciona un marco teórico que conecta estas perspectivas al abordar cómo los mecanismos psicológicos actuales son adaptaciones ancestrales diseñadas para resolver problemas específicos de supervivencia y reproducción. Este enfoque permite contextualizar la interacción entre personalidad, biología y psicopatología desde una perspectiva que prioriza los beneficios adaptativos históricos de estos sistemas, al mismo tiempo que reconoce las limitaciones y desajustes que surgen en entornos modernos que difieren significativamente de los contextos en los que evolucionaron.

La psicología moderna, en su esfuerzo por comprender los fundamentos de la conducta humana, se encuentra en un punto de convergencia entre la biología, la evolución y la experiencia individual. Partiendo de esta base, integrar teorías contemporáneas que abordan la personalidad, el metabolismo cerebral y los mecanismos adaptativos evolutivos permite construir un marco conceptual sólido y transdisciplinario para explicar la mente y el comportamiento. Bajo este enfoque, se destacan tres pilares teóricos fundamentales: la **Teoría Psicológica del Todo**, que sitúa la personalidad como núcleo explicativo de la conducta y la psicopatología (García Sánchez, 2022); la **Teoría de la Energía Cerebral**, que enfatiza la importancia del metabolismo cerebral en la salud mental (Palmer, 2022); y el paradigma (marco teórico) de la **Psicología Evolucionista**, que postula que los mecanismos psicológicos son adaptaciones diseñadas para resolver problemas recurrentes en la historia evolutiva de nuestra especie (Buss, 2019).

Integrar estas teorías bajo un mismo marco conceptual, el evolucionismo, no solo ofrece una comprensión más profunda y cohesionada de la conducta humana, sino que también abre nuevas posibilidades para la práctica clínica. Al adoptar una visión transdisciplinaria que abarque desde los fundamentos biológicos y energéticos hasta los mecanismos adaptativos y la expresión de la personalidad, se puede desarrollar un modelo terapéutico más personalizado y eficaz. Este modelo permitiría no solo abordar las manifestaciones sintomáticas de los trastornos psicológicos, sino también intervenir en sus raíces subyacentes, garantizando una mayor estabilidad y bienestar a largo plazo.

La **Teoría Psicológica del Todo** defiende que la **personalidad** es el marco teórico central para entender y tratar los trastornos mentales, ya que esta guía nuestra conducta, emociones y pensamientos de forma estable. Según esta teoría, cualquier tratamiento psicológico debe basarse en la personalidad para abordar los desajustes individuales de manera eficaz. Por otro lado, la **Psicología Evolucionista** interpreta la personalidad, las emociones y los comportamientos como adaptaciones ancestrales que fueron funcionales para la supervivencia, pero que en el entorno moderno pueden resultar desadaptativas. Por ejemplo:

- La **ansiedad** funciona como una alarma frente a peligros inmediatos, pero hoy se dispara ante amenazas abstractas como el estrés laboral.
- El **neuroticismo**, útil para la hipervigilancia en entornos hostiles, ahora genera respuestas desproporcionadas a problemas menores.

La **Terapia de Ajuste Evolucionista (TAE)** une ambas teorías al considerar que los desajustes psicológicos actuales (ansiedad, depresión, impulsividad) son manifestaciones de respuestas adaptativas que ya no encajan con el entorno actual. La TAE propone **ajustar estas respuestas evolutivas al contexto**

moderno utilizando la personalidad como núcleo terapéutico. Esto aúna el marco teórico de la personalidad (Teoría del Todo) con las raíces adaptativas (Psicología Evolucionista), ofreciendo un tratamiento basado en evidencias tanto biológicas como psicológicas.

La **Teoría de la Energía Cerebral** de Chris Palmer sugiere que los trastornos mentales como la depresión y la ansiedad están relacionados con un desequilibrio en el metabolismo cerebral. Factores modernos como la mala alimentación, el estrés crónico y la falta de actividad física agotan la energía cerebral, lo que afecta su capacidad para regular emociones y comportamientos.

La **TAE** complementa esta teoría al:

- Reconocer las necesidades metabólicas del cerebro como clave para la salud mental.
- Proponer cambios en el estilo de vida basados en adaptaciones ancestrales, como:
 - Alimentación basada en alimentos naturales.
 - Actividad física regular que simula patrones evolutivos.
 - Reducción de la sobrecarga de estímulos modernos, como el exceso de tecnología.

Así, la TAE no solo ajusta patrones psicológicos, sino también los **factores fisiológicos subyacentes**, alineando los principios de la energía cerebral con las demandas del cerebro moderno, por lo tanto, puede abordar una amplia gama de trastornos mentales gracias a su enfoque **transdiagnóstico** y su base evolucionista.

Metodología

Intervención en los dominios de la personalidad

Terapia de Ajuste Evolucionista

1. Dominio Biológico

Objetivo: regular el metabolismo cerebral y optimizar las funciones biológicas subyacentes que impactan en la personalidad.

Intervenciones:

1. Optimización del metabolismo cerebral (Teoría de la Energía Cerebral):

- Implementar ajustes nutricionales para asegurar un aporte de energía eficiente al cerebro:
 - Dieta rica en grasas saludables (omega-3, aguacate, aceite de oliva) y baja en azúcares refinados.
 - Inclusión de alimentos ancestrales como carnes magras, frutos secos y vegetales.
- Fomentar el consumo de antioxidantes y micronutrientes esenciales para la neuroplasticidad.

2. Regulación del ritmo circadiano:

- Establecer patrones de sueño consistentes para sincronizar los ritmos biológicos.
- Uso de exposición matutina a la luz solar para regular la producción de melatonina y cortisol.
- Eliminación/uso de luces artificiales con finalidad terapéutica, por ejemplo, uso de luces rojas por la noche.

3. Actividad física adaptada:

- Ejercicios que simulen actividades ancestrales, como caminatas, levantamiento de peso moderado y actividades en la naturaleza.

4. Técnicas de reducción de estrés:

- Respiración diafragmática y técnicas de relajación que estimulen el nervio vago para reducir la activación del eje hipotalámico-hipofisario-adrenal.

5. Conexión con la naturaleza:

- Actividades en el monte, bosque, playa, etc. (cualquier entorno natural).
- Cultivo de la tierra y cuidado de animales en exteriores.
- Empleo del tiempo en entornos verdes.

2. Dominio disposicional (rasgos de la personalidad)

Objetivo: evaluar y ajustar los rasgos básicos de la personalidad para promover un funcionamiento adaptativo.

Intervenciones:

1. Evaluación de la personalidad:

- Aplicar el modelo Big Five para identificar fortalezas y áreas de vulnerabilidad en los rasgos de neuroticismo, extraversión, apertura a la experiencia, cordialidad y responsabilidad.

2. Psicoeducación sobre rasgos:

- Explicar cómo los rasgos influyen en la percepción, el comportamiento y las emociones.
- Normalizar tendencias disfuncionales como parte del espectro de la personalidad.

3. Reestructuración cognitiva:

- Modificar patrones de pensamiento asociados con rasgos extremos, como el perfeccionismo (responsabilidad alta) o la evitación (neuroticismo elevado).

3. Dominio Intrapsíquico

Objetivo: explorar los conflictos internos y mecanismos inconscientes que influyen en la conducta y el bienestar.

Intervenciones:

1. Técnicas de mentalización:

- Ayudar al paciente a reflexionar sobre sus pensamientos y emociones inconscientes.
- Identificar patrones de pensamiento automáticos y su relación con experiencias pasadas.

2. Revisión de narrativas personales:

- Construir narrativas coherentes que integren experiencias emocionales pasadas y presentes.

3. Diálogo socrático:

- Desafiar creencias disfuncionales y explorar alternativas adaptativas a través de preguntas guiadas.

4. Dominio Cognitivo-Experiencial

Objetivo: fortalecer los esquemas cognitivos y emocionales que sustentan la experiencia subjetiva del individuo. Trabajar con el Yo (autoestima, autoconocimiento, identidad).

Intervenciones:

1. Regulación emocional:

- Entrenar habilidades de regulación emocional, como identificar y etiquetar emociones.
- Uso de estrategias como respiración, relajación y técnicas de afrontamiento para manejar emociones intensas.

2. Reestructuración de esquemas:

- Evaluar creencias irracionales o distorsionadas y transformarlas en esquemas más adaptativos.

3. Exposición emocional:

- Facilitar la tolerancia a experiencias emocionales difíciles a través de exposición controlada.

5. Dominio Social y Cultural

Objetivo: mejorar las habilidades interpersonales y la integración en los contextos sociales y culturales del individuo, así como el locus de control.

Intervenciones:

1. Entrenamiento en habilidades sociales:

- Practicar técnicas de asertividad y comunicación efectiva.
- Usar simulaciones sociales para mejorar las interacciones interpersonales.

2. Reconexión social:

- Fomentar actividades grupales y redes de apoyo para mejorar la conexión social.

3. Psicoeducación cultural:

- Explorar cómo las normas culturales influyen en los valores y comportamientos del paciente.

6. Dominio de Ajuste

Objetivo: ayudar al paciente a adaptarse a los desafíos del entorno actual, reduciendo desajustes evolucionistas.

Intervenciones:

1. Evaluación de desajustes evolucionistas:

- Identificar discordancias entre las adaptaciones evolucionistas del paciente y las demandas del entorno moderno.

2. Adaptación al entorno moderno:

- Diseñar estrategias para manejar el estrés laboral, la tecnología y la sobrecarga de estímulos.
- Ayudar a establecer límites digitales y fomentar el equilibrio entre la vida personal y profesional.

3. Prevención de recaídas:

- Desarrollar un plan de mantenimiento basado en la comprensión de los patrones de ajuste del paciente.
- Evaluar periódicamente los avances y ajustar las intervenciones según sea necesario.

Fases del Tratamiento

1. Fase de Evaluación:

- Evaluar cada dominio utilizando cuestionarios, entrevistas y análisis conductual.

2. Fase de Psicoeducación:

- Introducir al paciente en los principios de la psicología evolucionista, con la inclusión de los conceptos de la teoría psicológica del todo (rasgos de la personalidad) y la teoría de la energía cerebral.

3. Fase de Intervención:

- Implementar las técnicas específicas para cada dominio.

4. Fase de Consolidación:

- Reforzar los cambios positivos, evaluar la autocomprensión del paciente y promover estrategias de mantenimiento.

Este protocolo integra un enfoque holístico que no solo trata los síntomas, sino que aborda las causas profundas desde los distintos dominios de la personalidad. La Teoría de la Energía Cerebral se convierte en el eje del dominio biológico, mientras que la Teoría Psicológica del Todo (teoría de los rasgos) y los principios de la Psicología Evolucionista se aplican transversalmente para proporcionar un tratamiento integral y personalizado.

Discusión y conclusiones

Trabajar con todos los dominios de la personalidad para abordar los trastornos mentales, en lugar de realizar terapias específicas para síntomas específicos, presenta varias ventajas clave, especialmente cuando se considera un enfoque integral de la salud mental que atienda la persona en su totalidad. Los trastornos mentales no suelen ser fenómenos aislados, sino que se manifiestan a través de patrones complejos que afectan múltiples aspectos de la personalidad, no solo un síntoma específico. Al abordar los dominios completos de la personalidad, que incluyen aspectos como el neuroticismo, la extraversión, la apertura a la experiencia, la responsabilidad y la amabilidad, se puede entender y tratar la raíz de los problemas subyacentes, no solo los síntomas superficiales. Los síntomas específicos, como la ansiedad o la depresión, a menudo son manifestaciones de disfunciones más profundas dentro de estos dominios, por lo que una intervención centrada únicamente en los síntomas podría ofrecer una solución temporal o parcial.

Cuando se trabaja exclusivamente en un síntoma específico, el enfoque terapéutico puede aliviar temporalmente los malestares, pero no siempre aborda la raíz del problema ni previene su recurrencia. Por ejemplo, una persona con ansiedad podría encontrar alivio con terapia cognitivo-conductual dirigida a manejar la ansiedad, pero si no se abordan otros dominios de la personalidad (como un alto neuroticismo o una baja autoestima), la ansiedad puede regresar en otro contexto o bajo diferentes circunstancias. Al trabajar con todos los dominios de la personalidad, se fomenta un cambio más duradero y la persona puede adaptarse mejor a diferentes situaciones, reduciendo la probabilidad de recaídas.

Abordar los trastornos mentales desde una perspectiva que involucra todos los dominios de la personalidad también fomenta una mayor flexibilidad psicológica. Las personas que tienen un estilo de vida rígido o inflexible en sus patrones de comportamiento (por ejemplo, demasiado introvertidas, rígidas en sus pensamientos o extremadamente ansiosas) pueden tener dificultades para adaptarse a las demandas cambiantes del entorno. Un enfoque que no solo trabaje en los síntomas, sino que también tenga en cuenta la modificación de estos dominios, puede ayudar a la persona a ser más adaptable, flexible y capaz de afrontar situaciones inesperadas con mayor eficacia.

Los diferentes dominios de la personalidad están interconectados y se influyen mutuamente. Por ejemplo, la apertura a nuevas experiencias puede verse afectada por niveles altos de neuroticismo o ansiedad. La extraversión puede estar vinculada a la forma en que una persona regula sus emociones o cómo se enfrenta al estrés. Al abordar un solo síntoma, como la depresión o la ansiedad, sin considerar cómo afecta a otras áreas de la personalidad, se corre el riesgo de que el tratamiento sea incompleto. Por el contrario, trabajar en todos los dominios permite que se logre una mejor integración entre ellos, lo que resulta en una personalidad más equilibrada y adaptada a las circunstancias.

Cada persona es única, y su trastorno mental o malestar tiene un contexto específico dentro de su personalidad global. Si bien los síntomas de un trastorno pueden ser similares entre individuos, las causas subyacentes de esos síntomas pueden variar significativamente. Algunas personas pueden desarrollar ansiedad debido a una tendencia generalizada hacia el neuroticismo, mientras que otras pueden tenerla por falta de habilidades sociales o por experiencias traumáticas. Al abordar todos los dominios de la personalidad, el tratamiento puede personalizarse para abordar las causas específicas de cada trastorno, permitiendo una intervención más precisa y eficaz.

No solo se trata de reducir los síntomas del trastorno mental, sino de mejorar la calidad de vida general del individuo. Al trabajar con todos los dominios de la personalidad, el objetivo no es solo la remisión de los síntomas, sino también el fomento de una vida más rica, satisfactoria y equilibrada. Las personas que tienen un mayor desarrollo en todos sus dominios de personalidad tienden a tener una mejor regulación emocional, mejores relaciones interpersonales, más resiliencia ante el estrés y una mayor capacidad para afrontar los desafíos de la vida cotidiana.

Los estudios recientes han mostrado que los enfoques globales que integran múltiples dimensiones de la personalidad tienden a ser más efectivos para el tratamiento de trastornos mentales. En lugar de ver la personalidad y los síntomas como algo fragmentado, este enfoque permite que el tratamiento aborde los trastornos desde una visión sistémica, teniendo en cuenta la interacción entre los distintos aspectos de la persona (biológicos, psicológicos, sociales y emocionales).

Los trastornos mentales frecuentemente están relacionados con mecanismos subyacentes que afectan la manera en que una persona percibe, interpreta y responde a los estímulos del entorno. Estos mecanismos no suelen estar limitados a un solo dominio de la personalidad, sino que involucran una interacción compleja entre varios de ellos. Por ejemplo, un individuo con un alto nivel de neuroticismo puede responder con ansiedad a situaciones de estrés debido a patrones de pensamiento negativos (cognitivos), pero también puede tener dificultades en sus relaciones sociales debido a la falta de amabilidad o apertura. Abordar solo la ansiedad, sin modificar la interacción de estos dominios, no eliminará el problema en su totalidad. Al trabajar con todos los dominios de la personalidad, el tratamiento puede modificar estos mecanismos subyacentes de manera integral, facilitando un cambio real y duradero.

La aplicación de la terapia de ajuste evolucionista (TAE), que parte de una perspectiva evolucionista para intervenir desde la teoría de los rasgos, combinada con la teoría de la energía cerebral, abre nuevas posibilidades en el tratamiento de los dominios de la personalidad desde una perspectiva evolucionista. En este contexto, la TAE busca intervenir en las estructuras psíquicas que han sido moldeadas por la evolución y, mediante técnicas adaptativas, fomentar cambios que favorezcan el

bienestar y la adaptación al entorno contemporáneo. Al integrar la teoría de la energía cerebral, que postula que el cerebro tiene recursos energéticos limitados para procesar información, se crea una sinergia que podría optimizar los procesos de cambio en la personalidad y promover una mayor flexibilidad en la adaptación de los individuos.

La teoría de la energía cerebral sugiere que las funciones cognitivas y emocionales dependen de la cantidad de recursos energéticos que el cerebro es capaz de asignar en determinados momentos. Desde este enfoque, las personas podrían mostrar ciertas resistencias a los cambios de personalidad debido a la "falta de energía" o a la activación de mecanismos adaptativos que, aunque útiles en contextos ancestrales, no son eficaces en el mundo moderno. La integración de la TAE con la teoría de la energía cerebral, entonces, no solo atendería a los patrones de comportamiento adquiridos durante la evolución humana, sino también a las limitaciones energéticas actuales del cerebro, permitiendo un ajuste más efectivo a los desafíos contemporáneos.

El enfoque evolucionista, a su vez, pone de manifiesto que los rasgos de personalidad se han desarrollado a lo largo de milenios para asegurar la supervivencia en diversos entornos. Sin embargo, en la sociedad actual, muchas de estas características, como el exceso de ansiedad o una búsqueda constante de recompensas, pueden llevar a desequilibrios en la vida emocional y social de los individuos. La TAE podría ayudar a identificar qué aspectos de la personalidad están siendo "sobrecargados" y necesitan una reorganización para permitir un mayor bienestar.

A través de la intervención terapéutica, es posible reconfigurar los patrones de personalidad de acuerdo con principios evolucionistas, donde la flexibilidad y la adaptación al entorno son fundamentales. Al considerar que los dominios de la personalidad son estables, pero pueden sufrir modificaciones mediante una reconfiguración de los recursos energéticos cerebrales, la terapia de ajuste evolucionista podría facilitar el establecimiento de nuevos mecanismos más adaptativos.

La terapia de ajuste evolucionista, al integrar la teoría psicológica del todo (García-Sánchez, 2022) con la teoría de la energía cerebral, ofrece un enfoque prometedor para trabajar los dominios de la personalidad desde una perspectiva evolucionista. Esta integración permite considerar tanto los condicionamientos evolutivos como las limitaciones energéticas del cerebro en el proceso terapéutico, mejorando así la capacidad de adaptación de los individuos a sus contextos modernos.

La combinación de estos enfoques permite ajustar las intervenciones terapéuticas a las necesidades específicas de cada persona, optimizando el uso de los recursos cerebrales y facilitando cambios en los patrones de personalidad que favorezcan un funcionamiento más equilibrado y saludable. Además, este enfoque holístico tiene el potencial de redefinir los límites de la personalidad, destacando su plasticidad y la posibilidad de cambio a lo largo de la vida.

Es necesario realizar estudios para explorar la efectividad de esta combinación terapéutica en la práctica clínica, considerando las diferencias individuales y los variados contextos sociales. Sin embargo, los primeros indicios sugieren que la aplicación de la terapia de ajuste evolucionista con la teoría de la energía cerebral puede ser un avance significativo en el tratamiento psicológico y en la mejora de la calidad de vida de los pacientes.

Contacto

Roberto García Sánchez ✉ roberto.garcia@universidadeuropea.es

Referencias bibliográficas

- Buss, D. M. (2019). *Evolutionary psychology: The new science of the mind* (6th ed.). Routledge.
- Cloninger, C. R., Svrakic, D. M., & Przybeck, T. R. (1993). A psychobiological model of temperament and character. *Archives of General Psychiatry*, 50(12), 975-990. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1993.01820240059008>
- Eysenck, H. J. (1947). *Dimensions of Personality*. Routledge & Kegan Paul.
- Eysenck, H. J. (1970). *The structure of human personality*. Methuen.
- García-Sánchez, R. (2022). Teoría psicológica del todo: La personalidad como marco teórico y como núcleo de abordaje clínico. *Revista Ábaco*, 2(112-113), 155-163.
- Goldberg, L. R. (1990). An alternative "description of personality": The Big-Five factor structure. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59(6), 1216-1229. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.59.6.1216>
- Loehlin, J. C. (1992). *Genes and environment in personality development*. Sage Publications.
- McCrae, R. R., & Costa, P. T. (1994). Stability and change in personality from adolescence through adulthood. *The developing structure of temperament and personality from infancy to adulthood* (pp. 139-150). Lawrence Erlbaum Associates.
- McCrae, R. R., & Costa, P. T. (1997). Personality trait structure as a human universal. *American Psychologist*, 52(5), 509-516. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.52.5.509>
- Mischel, W. (1968). *Personality and Assessment*. Wiley.
- Palmer, C. (2022). *Brain energy: A revolutionary breakthrough in understanding mental health—and improving treatment for anxiety, depression, OCD, PTSD, and more*. BenBella Books.

- Recibido: 17/03/2025.
- Aceptado: 28/05/2025.

Ni disminuidos, ni discapacidad: diversidad funcional. La falacia del diagnóstico de discapacidad. Constructos biomédicos y sociales de la discapacidad.

Neither disabled, nor disability: functional diversity. The fallacy of disability diagnosis. Biomedical and social constructs of disability.

Federico Menéndez Osorio.
Psiquiatra. A Coruña, España.

Resumen: La aprobación por el Parlamento en enero 2024 de la modificación del artículo 49 de la Constitución, supone la eliminación de la expresión disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos y su sustitución por el de personas con discapacidad. El diagnóstico de discapacidad (nuevo término de una larga serie: subnormalidad, oligofrenia, deficiente, minusvalía, debilidad, retraso mental, etc.), viene a ocupar el lugar de disminuido, convirtiéndose, de facto, en la continuidad de una falacia diagnóstica, cajón de sastre de confusión e ignorancia y en unidad de destino en la exclusión, la marginación y el estigma. Se hace una reflexión sobre los enfoques y paradigmas de lo que se entiende por discapacidad. Lo que supone el constructo de discapacidad: los fundamentos, las bases, los modelos, las prácticas, las políticas y la gestión, de la llamada discapacidad. Los conceptos de identidad y de cuerpo discapacitado y cuerpo biomédico.

Un replanteamiento tanto conceptual como de las prácticas que se ejercen sobre el "dis" y lo que supone una forma de enfoque alternativo basado en la diversidad funcional, que no es, ni hay que confundirlo como un nuevo diagnóstico, sino como la expresión inherente a la condición humana, a la diversidad del ser humano en el ámbito de su funcionamiento físico, psíquico y sensorial.

Una dimensión ética que considere el propio valor y lo que significa la diversidad funcional, la no discriminación, la igualdad de derechos y oportunidades y la inclusión social. Máxime en el momento actual en que algunos gobiernos están aplicando graves medidas contra las políticas de inclusión y de la diversidad.

La Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad, el Informe del Relator de la ONU en Salud Mental, así como también los propios afectados en sus reivindicaciones y movilizaciones, se plantean una reformulación de los constructos de discapacidad y sus paradigmas, y de la restitución de los derechos que les han sido negados. Unos derechos que no sea algo aparte, segregado y distinto, sino la propia carta de los Derechos Humanos, en tanto deuda pendiente de lo que se les excluyó. El paso de ser objeto (de ayuda) a ser sujeto (de derechos).

Palabras clave: Disminuido. Discapacidad. Diversidad funcional. Constructos biomédico y social. Cuerpo discapacitado. Cuerpo biomédico.

Abstract: The adoption by Parliament in January 2024 of the amendment to article 49 of the Constitution, implies the elimination of the expression physical, sensory and mental disabled and their replacement by that of persons with disabilities. The diagnosis of disability (a new term in a long series: subnormal, oligofrenic, deficient, weak, mentally

retarded, etc.), which comes to take the place of diminished, becomes de facto the continuity of a diagnostic fallacy, the grab bag of confusion and ignorance and as a unit of destination in exclusion, marginalization and stigma.

A reflection is made on the approaches and paradigms of what is understood by disability. What is the construct of disability: foundations, bases, models, the practices, policies and management of so-called disability. The concepts of identity and disabled body and biomedical body.

A rethinking of both the concepts and practices of "dis" and what constitutes a form of alternative approach based on functional diversity that it is not, nor should it be confused as a new diagnosis, but as the expression inherent in the human condition, the diversity of the human being in the sphere of its physical, mental and sensorial functioning.

An ethical dimension that considers the intrinsic value of functional diversity, non-discrimination, equal rights and opportunities and social inclusion. Especially at a time when some governments are taking serious action against inclusive and diversity policies.

The Convention on the Rights of Persons with Disabilities, the Report of the UNO Rapporteur on Mental Health, as well as the affected people themselves in their demands and mobilizations, raise a reformulation of the constructs of disability and its paradigms, and the restitution of their rights that have been denied. Rights that are not something separate, segregated and distinct, but the very Charter of Human Rights, as a debt outstanding from which they were excluded. The transition from being an object (of help) to being a subject (of rights).

Key Words: Diminished. Disability. Functional diversity. Biomedical and social construct. Disabled body. Biomedical body.

Introducción

Abordar el tema de la llamada discapacidad es abrirse a una reflexión y un debate de conceptualización compleja y problemática, que adolece de una definición homogénea, que precisa de perspectivas diversas desde la historia, la antropología, la sociología, la clínica, etc.

Un análisis de la discapacidad donde se entrecruza el entramado de las distintas prácticas de y con los sujetos afectados y que, en última instancia, nos remite a nuevos paradigmas como el de la *diversidad funcional* (1,2).

Se hace difícil y problemático validar los parámetros de prevalencia, recogida de datos, estadísticas, evaluaciones y estudios, etc. acerca de lo que supone el fenómeno de la discapacidad, dado los múltiples factores y variables que están en juego, así como las distintas disciplinas y campos, la disparidad de modelos explicativos, la heterogeneidad de los afectados, lo multidimensional del fenómeno, etc. Todo ello hace difícil disponer de un instrumento único y fiable que pueda delimitar u obtenerse registros precisos y rigurosos, dada la diversidad de criterios, fuentes y estadísticas al respecto y en último término la referencia a los valores dominantes, normativos, de orden y de productividad o de capacidad (3)

La Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad cuyos principios establece: "*El respeto por la diferencia y la aceptación de las personas con discapacidad como parte de la diversidad y la condición humanas*" (4) y el reciente Informe del Relator Especial de la ONU en Salud Mental (5), plantean al respecto una reformulación de los constructos de discapacidad y nuevos paradigmas de la misma. El informe del Relator, en su punto 8, señala: "*durante decenios los servicios de salud mental se han regido por un paradigma biomédico reduccionista, que ha contribuido a la exclusión, al descuido, la coacción, y al maltrato a las personas con discapacidad*" (5).

El concepto de "dis" capacidad debe entenderse –como afirma A. Roig– en el sentido de que *"el ser humano evoluciona en la dinámica de adquisiciones de capacidades y habilidades, lo cual conlleva implícito una pérdida de estas capacidades y habilidades, podemos decir que la discapacidad es tan inherente al ser humano como la capacidad" [...]"la discapacidad se entiende como una interacción dinámica o compleja entre la condición de salud y los factores contextuales, de tal manera que si variamos uno de ellos, el otro puede verse afectado y la discapacidad resultante que tiene la persona variaría..." (6).*

Tanto los constructos sociales, económicos y políticos, o los más recientes movimientos de los propios afectados (7) y de la acción directa, o modelos postmodernos, teoría CRIP (8), o los paradigmas biomédicos, sociales, social hermenéutico (9) muestran múltiples enfoques y visiones acerca de la llamada discapacidad y de la diversidad, que dan cuenta de los posicionamientos ideológicos y epistémicos que sostienen y de los que parten como modelo referencial. (Retomaremos el tema de alguno de los constructos a lo largo del artículo).

El fenómeno de la discapacidad (diagnósticos, etiquetas, clasificaciones, estadísticas, etc.) viene dado como algo obvio, incuestionable y supuestamente científico, sin que se trate de replantear y cuestionar tales afirmaciones apriorísticas.

Los constructos de la llamada discapacidad tienen, al igual que todo conocimiento, una historia y unas razones que abarcan diferentes campos de la realidad y del saber. Un entramado diverso que da cuenta de dicha realidad multifactorial e interdisciplinaria, compuesta por el entrecruzamiento de saberes y poderes, desde lo técnico, a los valores e ideologías, que impregnan toda la visión de unos fenómenos o unos conceptos como los que aquí tratamos y que incluyen prioritariamente lo subjetivo y el hecho de la diversidad funcional (1,2).

Desde factores genéticos, neurológicos, metabólicos, etc. hasta lo que suponen las condiciones materiales de vida, los valores sociales dominantes, las formaciones económicas y productivas, el medio socio-familiar y cultural, etc. van a construir el entramado de dicha realidad. De ello, dan cuenta los propios afectados, que muestran con sus reivindicaciones, sus derechos, sus textos y escritos y sus movilizaciones, un papel activo y transformador en los procesos de toma de decisiones y de sus enfoques al respecto (7,10,11,12).

Proceso histórico de la denominación de discapacidad

Términos y nombres diversos han ido acuñándose como diagnósticos y tomando carta de naturaleza para referirse a lo que actualmente se denomina como discapacidad: Subnormalidad, Debilidad Mental, Oligofrenia, Deficiencia, Retraso Mental, este último aun vigente con sus grados, en algunos tratados y manuales diagnósticos CIE (13), DSM (14); o bien, Demencia, Minusvalía, Disminuido, Discapacidad; y no tan lejanos: Idiocia, Imbécil... Etiquetas "científicas" que están o estuvieron vigentes y avaladas por sesudos y doctos tratados y manuales médicos y psicológicos.

Lo dominante en estos diagnósticos, son los prefijos, sub, minus, dis, retraso, deficiencia, debilidad... donde la norma (subnormal) lo válido (minusválido) lo capaz (discapaz), etc., se erigen en elementos referenciales y en medidas de atribución y significación, en categorías "científicas" y en la esfera administrativa. En última instancia el diagnóstico de discapacidad se convierte, de facto, en una unidad de destino en la exclusión y marginación de la discapacidad y plasmación de los valores dominantes (15, 16).

Estos términos y diagnósticos se han ido modificando, no tanto por los avances y cambios en los saberes y las concepciones científicas o culturales y sociales, sino en base a los prejuicios y valoraciones que dichos nombres y etiquetas provocan como "desgaste" en su uso y significado, en tanto términos despectivos, peyorativos y devaluados al utilizarse como estigmatizantes y excluyentes. Han sido los

propios afectados quienes han reivindicado y luchado por un cambio en las ideas y en pro de la dignidad y los derechos por la diversidad inclusiva y propia de todo ser, como muestran en sus escritos, manifestaciones, etc. (7,10,17)

Los prefijos sub, dis, minus, retraso, etc. –en tanto diagnósticos y categorías clínicas y sociales– remiten a lo anormal, deficitario, disfuncional, carencia, etc. Todo aquello que para Foucault supone introducir la norma, la regla, el orden y la función como instrumento de normalización, lo que funciona en tanto disciplina y regulación como forma de poder y control social (16).

Para Preciado, la discapacidad remite a un cuerpo asignado como patológico, cuerpo deficitario, anormal. Un cuerpo improductivo, excluido del proceso productivo, marcado por el poder biopolítico y los aparatos de normalización y sistemas de verificación. Cuerpo deficitario como efecto del aparato disciplinario y de la construcción social y cultural del poder, conformando la articulación de un discurso biomédico y las representaciones que se nos presentarán como científicas, definiéndonos lo que es verdadero y falso, lo sano y enfermo, lo normal y lo deficiente, lo capaz e incapaz, etc. (18).

Como se desarrolla el proceso institucional de las personas con discapacidad, viene a vincularse históricamente con las formas que adopta e impone la sociedad industrial emergente y el poder disciplinario. La necesidad económica de mano de obra útil y productiva necesaria para el modelo industrial y el despegue de la producción, se topa con que las personas con discapacidad no van a reunir las condiciones de capacidad requeridas. Sus limitaciones van a ser un obstáculo, un excedente, para un sistema que los excluye de la producción y de la vida social, en tanto improductivos. (19).

Mediante los dispositivos disciplinarios y normalizadores, la discapacidad, la ineficiencia productiva, la desviación, se reformularán como anomalía fisiológica, de la cual se ocupará el saber experto de la ciencia médica, que diagnostica y trata, regula su existencia y su utilidad. En el marco de la producción económica, la discapacidad en tanto anomalía y desviación, es asimilada a enfermedad, como falta de salud y por tanto precisando de tratamiento y rehabilitación, marcando así el surgir del campo de la discapacidad en una lógica asistencialista, rehabilitadora y clínica (terapias, escalas, grados, ayudas, prestaciones, etc.).

La crítica a estas concepciones esencialistas basadas en el modelo biomédico, son planteadas por los propios afectados desde el Foro de Vida Independiente, al entender que la diversidad funcional no tiene nada que ver con la enfermedad, la discapacidad, la deficiencia, lo dis, lo minus, etc. Para los afectados defensores de la diversidad funcional: *“Toda esta terminología viene derivada de la tradicional visión del modelo médico de la diversidad funcional, en la que se presenta a la persona diferente como una persona biológicamente imperfecta que hay que rehabilitar y “arreglar” para restaurar unos teóricos patrones de “normalidad” que nunca han existido, que no existen y que en el futuro es poco probable que existan precisamente debido a los avances médicos.* (2)

La diversidad funcional es para Toboso Martín (1) la *“expresión inherente a la condición humana, a la diversidad del ser humano en el ámbito de su funcionamiento físico, psíquico y sensorial. Una de las propuestas del paradigma de la diversidad funcional es avanzar en el establecimiento de las condiciones sociales y culturales necesarias para que la diversidad funcional pueda ser considerada como una más de las diversidades humanas estimadas valiosas, respetables y enriquecedoras”*.

Más allá de reducir el discurso normativo a la capacidad, cayendo en el capacitismo, la idea de diversidad funcional considera igualmente valiosas todas las expresiones diferentes de funcionamiento posibles, al asumir que cada persona tiene un modo particular y propio de funcionamiento.

Retoma Toboso, el enfoque de las capacidades de Amartya Sen, quien se refiere a los *“funcionamientos”*, como aquello que las personas valoran lograr hacer, o llegar a ser en su desempeño cotidiano. *“La capacidad supone combinaciones alternativas de los funcionamientos a su alcance, entre los cuales pueden elegir un conjunto de ellos, oportunidad de elegir una u otra forma de vida y poder llevarla a*

cabo". En este enfoque "el bienestar y la calidad de vida de las personas se evalúan por medio de su oportunidad para poder elegir y realizar los funcionamientos que consideren valiosos como elementos constituyentes de su forma de vida. Es decir, la calidad de vida y el bienestar no se evalúan por los ingresos económicos, o el PIB, ni indicadores macroeconómicos, sino a través de la capacidad que tienen las personas de poder llegar a hacer aquello que desean hacer porque es valioso para sus vidas" (1)

Constructo biomédico de la discapacidad

El constructo científico hegemónico por parte de la medicina, explica la discapacidad como un modelo esencialista biomédico, donde el déficit, la anomalía, en tanto patológico, es consecuencia de trastornos – fisiológicos o cognitivos – que provocan la minusvalía o la discapacidad, enfermedad que se tratará de curar o rehabilitar para devolverlo a la condición de normal y capacitado.

El constructo biomédico formula diagnósticos, etiologías, categorías, grados, niveles, escalas, etc. con los que se miden, objetivan y evalúan los déficits y capacidades. Se dan valoraciones y se pautan medidas y actuaciones que designan las políticas a seguir, no sólo terapéuticas, sino también administrativas y económicas, laborales y sociales.

El modelo médico como constructo "científico" de la discapacidad cataloga los cuerpos como sanos o enfermos, válidos o deficientes, capaces o incapaces, etc. Los conceptos de minusvalía, subnormalidad, deficiente, disminuido, discapacitado, van a ser tabulados, clasificados y administrativamente regulados por el saber médico que tratará, diagnosticará, jerarquizará, valorará, asignará recursos y ayudas, en función de las necesidades específicas, en base y referencia a una norma de salud biomédica universal homogénea y homologada (20,21). A ello se añaden las pruebas psicológicas con los test, escalas, cuestionarios, para etiquetar grados, niveles, etc.

El modelo médico va a suponer que el diagnóstico de discapacidad y el grado de valoración que se le asigne, es el que dará acceso a ayudas, terapias, apoyos escolares y otras formas diversas de medios. Esta perversión de la función diagnóstica supone que el discurso biomédico, es el que marca no sólo las prioridades terapéuticas, sino también lo que dará derecho a las ayudas, a las necesidades específicas, trabajo, asistencia, cuidados y demás medidas administrativas y económicas.

Criterios diagnósticos de discapacidad

El diagnóstico de discapacidad, remite a diversidad y multiplicidad de trastornos, formas de expresión, causas, conductas y situaciones, normas y valores. De facto, se convierte en un cajón de sastre de confusión e ignorancia.

Las etiquetas y diagnósticos de discapacidad tienen en común, como expusimos antes, ser una unidad de destino en la exclusión, la marginación y segregación, que se le imponen como construcciones binarias, fijas y establecidas, canónicas y esenciales, en tanto supuestos fenómenos "naturales y científicos" (capaz/incapaz; válido/inválido; normal/anormal, etc.) y como función del control del cuerpo productivo (18, 20).

La supuesta "cientificidad" en la que se basan los criterios para asignar el diagnóstico de discapacidad nos encontramos una amalgama de: estigmas y taras físicas (malformaciones, rasgos físicos, etc.); pruebas genéticas y metabólicas, según Talbot (22) más de 200 síndromes diferentes pueden dar retraso mental; trastornos psíquicos o sensoriales; pruebas psicométricas; C.I.; escalas; habilidades sociales; medio social; nivel de aprendizaje escolar o cultural; normas y valores; sociabilidad; disfunciones; etc. etc. Pueden observarse asimismo algunos de los test, escalas o ítems de valoración diagnóstica, todavía vigentes o en uso, que sonrojarían a cualquier planteamiento razonable serio y riguroso (13, 14, 22, 23).

Al respecto de los diagnósticos de salud mental, el Informe del Relator de la ONU en su punto 48, señala: *“se han utilizado indebidamente para la patologización de determinadas identidades y otros diversos tipos de diversidad”* (5).

No vamos a recoger, ni extendernos, en los muy diversos estudios e investigaciones y artículos publicados a lo largo del tiempo, sobre los diferentes cuadros clínicos y estructuras mórbidas que se incluyen en el cajón de sastre de la discapacidad, deficiencia o retraso mental, sin ninguna equivalencia, etiopatogenia, operatividad diagnóstica o tratamiento, que a la luz de los conocimientos actuales son considerados de total falta de rigor y evidencia clínica, pero con las consecuencias “pragmáticas” que supuso para los afectados por dichos diagnósticos estigmatizadores.

Podemos constatar, la inutilidad y falacia de los múltiples trabajos, tratados, estudios y artículos o investigaciones sobre la entonces llamada y titulada subnormalidad, disminuido, deficiencia, o el retraso mental, etc., que, partiendo de dichos conceptos falaces, valorativos y normativos, invalidan toda la tramoya montada al respecto y que conllevan estigma, exclusión y marginación.

Investigaciones y estudios que estaban basados en paradigmas del modelo positivista, naturalista e individualista, sin ninguna evidencia ni rigor científico, descontextualizados de todo análisis social, económico, cultural o político. Tomando como referencia los valores y normas dominantes y sin tener en cuenta las condiciones de vida y realidades concretas del medio, entorno vital y social, económico y cultural.

Como modelo alternativo de investigación y de estudio, Oliver propone una investigación basada en el paradigma emancipador fundamentado en tres puntos claves: la *reciprocidad*, el *beneficio* y el *empoderamiento*. Este tipo de investigación no solo estudia cómo se dan las experiencias en determinadas situaciones sociales, sino también como los aparatos del poder producen formas que legitiman un determinado tipo de verdad y formas de vida particulares. Favorece asimismo el empoderamiento a través del autoconocimiento, proporcionando una redefinición de la verdadera naturaleza del problema y el cuestionamiento de las relaciones sociales y de las estructuras ideológicas del poder. Los propios afectados tienen una participación activa en tareas investigadoras, rompiendo con el individualismo metodológico y abriendo la investigación a las necesidades autodefinidas por las personas con discapacidad (24).

Falacia de los diagnósticos de discapacidad

El término de discapacidad tomado como un diagnóstico o una patología o enfermedad, supone marcar normativamente y patologizar unas formas de expresión particulares, subjetivas y personales de diversidad funcional (2,25). Formas de expresión que se reformulan como patológicas y suponen atribuciones de esencialidad y destino global y terapéutico. O lo que es más cuestionable, en destino vital. El Informe del Relator de la ONU en su punto 18 ya señala: *“la proliferación excesiva de diagnósticos invade la experiencia humana hasta tal punto que podría terminar reduciendo la aceptación de la diversidad funcional”* (5).

Seguir denominando como discapacidad a lo que hasta ahora así se designa, no deja de ser en última instancia, una expresión que viene asignada, avalada y basada en valores, normas, capacidades y funciones, con la carga y estigma que esto va a suponer de desvalorización, estigmatización y exclusión,

La búsqueda de un diagnóstico genético, metabólico, fisiológico, psíquico y social, es un derecho de todo ciudadano -cuando corresponda y sea preciso y a su demanda- y este será el diagnóstico que corresponderá como cuadro clínico bien estudiado y evaluado con rigor y pruebas clínicas complementarias. Sin que este diagnóstico suponga segregación, estigmatización, cosificación, ni etiqueta identitaria de exclusión, marginación social y económica u opresión, que lo convierte en algo

discriminatorio y que borra toda subjetividad y singularidad (15), sino que viene a corresponder a la diversidad del ser humano en el ámbito de su funcionamiento físico, psíquico y sensorial.

Desde los fundamentos de la propia clínica podemos analizar que presupuestos y contradicciones sostienen las categorías diagnósticas que aquí comentamos y el porqué de unas etiquetas cuyos paradigmas no tendrían apoyatura científica, ni clínica, ni social y por supuesto mucho menos identitaria y segregadora. El convertir las conductas “dis” en diagnósticos de discapacidad y atribución de enfermedad va a suponer:

- La confusión de los conceptos de enfermedad y de diversidad funcional, una característica del modelo rehabilitador y biomédico. Como afirman Romañach y Palacios: *“La sociedad contemporánea sigue viendo la diversidad funcional como una enfermedad, como un hecho a arreglar o reparar por la vía del avance de la medicina. Como consecuencia de esta confusión, se sigue realizando la clasificación de la diversidad funcional por diferencias orgánicas, y se siguen otorgando certificados de minusvalía vinculados a la realidad médica y funcional de la persona”* (26).
- Confundir lesión con función; así como confundir los déficits o lesiones con las funciones holísticas (pensamiento, inteligencia, conducta, etc.). Tenemos el ejemplo de graves lesiones, que no afectan a funciones o capacidades globales y holísticas. Sea el ejemplo – entre otros muchos – del astrofísico S. Hawking cuya grave afectación y limitación física no le suponía una incapacitación para otras funciones de lo que dan cuenta sus investigaciones y descubrimientos en el campo de la física.
- La idea de la certeza y de la exactitud en los conocimientos de los fenómenos, en lugar de la idea de la complejidad y de la incertidumbre (27) o de la incompletitud de todo saber y de toda ciencia (Principio de incertidumbre de Heisenberg y el teorema de incompletitud de Gödel).
- El borrado y negación de la propia subjetividad y de las vivencias singulares, particulares y diversas, de todo proceso mental (28).
- El discurso biomédico como control y regidor de las conductas y de los cuerpos productivos. Lo que para Foucault (16) supone *“la tarea de la psiquiatría que, conservando el estatus de la medicina, aplica esos efectos de poder en algo que ya no tiene estatus de enfermedad, sino de anomalía”* (p. 281). *La psiquiatría va a poder sintomatologizar o destacar como síntoma de enfermedad, todo un conjunto de fenómenos que hasta entonces no tenían estatus en el orden de la enfermedad mental. “Sintomatologizar una conducta va a permitir que toda conducta, pueda figurar como síntoma de enfermedad posible”* (p. 147-148).

Así vemos como con cada nuevo Manual Diagnóstico y estadístico DSM se aumentan los diagnósticos y los trastornos (29).

Con la medicalización de lo anormal – continúa Foucault (16)– *“la psiquiatría se da como misión la búsqueda de todos los desórdenes posibles, invadiendo toda una serie de conductas que antes solo tenían un estatus moral, disciplinario o judicial. Va a atribuirse una función de orden y de protección, convirtiéndose en ciencia y gestión de las anomalías individuales, así como en el control de la higiene y de la sociedad”* (p. 289).

Cuerpo discapacitado. Cuerpo biomédico

La visión biomédica de la discapacidad, reduce ésta a unos presupuestos esencialistas de predominio biológico, al identificar el cuerpo con sus impedimentos, déficits, limitaciones, consecuencia de verlo meramente lesivo, anómalo, disfuncional.

El cuerpo deficitario, minusválido, deficiente, impedido, desde la visión biomédica, se constituye en referente conceptual y sinónimo de discapacidad. Cuerpo reducido a lo meramente biológico, un cuerpo-cosa, ahistórico, atemporal, descontextualizado de lo social y cultural. Un cuerpo carente de significación, masa anatómica, corpórea, sin intencionalidad, ni deseo, cuyo referente sería el cadáver a diseccionar. Cuerpo reducido a mero organismo, sin tener en cuenta la afirmación que hacía Laín Entralgo de que *“el hombre no es un organismo tiene un organismo que pertenece a un ser”* (30). O lo que precisa Colina: *“el cuerpo además de un organismo, es de la naturaleza del lenguaje”* (31).

El neuropatólogo Goldstein, se desmarca de la visión reduccionista biomédica, señalando -como recoge Laín Entralgo (30)- que *“vida con defecto no equivale, sin más, a vida deficitaria. La existencia del organismo “defectuoso” no puede ser concebida como una existencia normal destituida de tal o cual actividad circunscrita. Limitada y deficiente, es una “nueva vida” en un incesante proceso del organismo de adaptación creativa”* (p. 545).

La visión biomédica del cuerpo en la discapacidad es la de un cuerpo máquina, disfuncional, anómalo e imperfecto. El impedimento tomado como fundamento de discapacidad, reducido al campo biomédico y a sus correlativas funciones anatómo-fisiológicas y patológicas, queda fuera y ajeno de todo contexto o realidad social, cultural e histórica (32).

Cuerpo improductivo del “dis”, que está excluido de las prácticas de verificación y de producción, y asignado por las representaciones y discursos que se presentan como la verdad científica del poder productivo y biopolítico (16).

La medicalización y psicopatologización se apropian del concepto de impedimento y de cuerpo, en tanto se autorizan para nombrar las diferencias físicas y sus (in)capacidades, con las etiquetas diagnósticas que lo fijan, determinan y convierten en una entidad nosológica y en un conjunto de restricciones, reglas, normas, funciones y capacidades, anulando toda singularidad, toda subjetividad e identidad propia o narrativa (33).

Dar nombre diagnóstico a algo es determinar su esencia, fijarlo no por lo que es, sino por lo que esa etiqueta predetermina y asigna (28). Lo que supone la función performativa (31). Son las versiones y las marcas que van a señalar las causas de discapacidad, de impedimento, de déficit, de anomalía, las que darán significación y articulan significados entre cuerpo, yo y realidad; entre procesos físicos, emocionales y culturales (23, 32).

Reducir la discapacidad al impedimento y a un cuerpo meramente biológico encuadrado en la jurisdicción de lo biomédico, va a suponer, que la relación de la persona “dis” con su cuerpo, se remite exclusivamente a la medicina y sus terapias y nada tendrá que ver con las políticas y problemáticas sociales y productivas. Este enfoque, implica la medicalización de los cuerpos de las personas “dis” y a una cosificación de su vida social y política reducida a lo biológico y al impedimento e incapacitación, como algo individual y ajeno a todo contexto o referencia a causas sociales, políticas, económicas, de opresión, explotación o marginación, etc. etc. (32).

La medicalización de los cuerpos de las personas “dis” supone reducir el impedimento, el déficit, la anomalía a una condición y problemática física o cognitiva, sin relación con las representaciones y las creencias culturales, sociales, narrativas, políticas, económicas o productivas. Todo aquello de lo que va a dar cuenta la biopolítica como ejercicio del poder y control de los cuerpos tanto individuales, como poblacionales, así como de las representaciones que se presentan e imponen como la verdad científica (35).

La capacidad, desde un presupuesto médico universalista y prefijado, viene definida y avalada por una idea que la limita a un organismo estándar, dado por su mera constitución “normal”, presente y determinada en cualquier contexto y tabulada en las etapas de la vida. Se vincula salud con capacidad

y normalización y, por tanto, se asocia discapacidad a enfermo y desposeído de aquello considerado tabulado y estandarizado, normativo, universal y prefijado.

Una mirada normativa y capacitista del cuerpo atribuye a este un supuesto conjunto de capacidades estándar inherentes al mismo. Se basa en un funcionamiento estándar como criterio de normalidad y norma reguladora sobre cuerpos y entornos en tanto única alternativa de funcionamiento posible.

Una visión estandarizada del cuerpo no tiene en cuenta que la diversidad funcional supone que cada persona incorpora un modo singular de funcionamiento, variable y diverso de una persona a otra y de un cuerpo a otro, así como también varía a lo largo de la vida y en los diferentes contextos y circunstancias. Así mismo el funcionamiento requiere de condiciones que tiene que ver tanto con el cuerpo como con las características del entorno, que pueden favorecerlo (facilitando o habilitando) o dificultarlo e impedirlo (barreras) (1)

Las personas con "discapacidad", no es que carezcan de capacidades, sino que su funcionamiento, su capacidad, su valía, se ejerce y actúa de otras formas, por otros medios. El problema no se reduce a la carencia de determinadas capacidades, sino a no reconocerles otros valores (21), otras funciones, otras capacidades, sin caer en el "capacitismo", es decir, cómo se acepta y se concibe la diversidad propia de toda condición humana, no limitada a unos cánones orgánicos y a un cuerpo normalizado catalogado como válido, normativizado, reglado y estandarizado (1,2,19).

Quienes defienden la realidad inherente a la condición humana de la diversidad funcional, es decir, de las diversas expresiones de funcionamiento posibles físicas, psíquicas y sensoriales, impulsan la creación de movimientos de defensa de los derechos civiles, así como adaptar la enseñanza, el trabajo, etc. con programas individualizados y personalizados, que no se centren exclusivamente en el defecto, si no que potencien su diversidad, sus diferentes valores y funciones (25).

Una determinada función lesionada, un déficit o anomalía, no supone el impedimento o la incapacidad, no invalida otras capacidades y aptitudes o funciones y valores. Lo que invalida, e incapacita es, sobre todo, la exclusión y marginación, el estigma y la opresión, la situación socio-laboral y el impedimento de ejercer su dignidad y aptitudes.

En 1924, Vygotski (36) se adelantaba en más de un siglo a una visión avanzada de abordar el tema de la discapacidad. Al referirse a la educación de los niños físicamente deficientes, se mostraba muy crítico al respecto de entender la anomalía, el déficit, únicamente como una enfermedad y tratarlo como algo mecánico y cuantitativo (escalas, medidas, etc.) sin ver lo cualitativo, lo dinámico y lo social del problema, afirmando: *"El defecto o anomalía, no se limita a la pérdida aislada de una función, sino que conlleva una reorganización radical de toda la personalidad y pone en vigencia nuevas fuerzas psico-físicas imponiéndolas una nueva dirección, se crean estímulos para elaborar la compensación, proceso psico-orgánico y fisiológico de creación de nuevos procesos sustitutivos para el desarrollo"* (p. 15). Y añade: *"Es erróneo ver en la anormalidad únicamente un defecto. Ver los déficits y no ver las enormes áreas de vida que poseen. Detenerse en los gramos de enfermedad y no ver los kilos de salud. Ver los MENOS y no ver los MÁS."* (p. 62),

Vygotski pone el ejemplo de cómo un niño sordo o ciego, puede lograr lo mismo que otro niño, pero los niños con ceguera o sordera, lo lograrán de distinto modo, por otros medios, pero no por eso menos capaces. El defecto no es sólo una debilidad, sino también una fuerza. Hace una defensa de la diversidad funcional y de la dignidad, los derechos y aptitudes de los llamados discapacitados, que se adelanta en más de un siglo a las reivindicaciones actuales de los propios afectados.

El déficit, el impedimento, la discapacidad, es algo más que un simple estado corporal. El cuerpo, es al mismo tiempo, sensorial y significante. El cuerpo fenomenológico es el cuerpo del sujeto, ser un cuerpo y tener un cuerpo, lo que para Plessner supone la posición excéntrica del hombre (37). Adquiere así ser un cuerpo y sentirse en el yo y tener un cuerpo como objeto unido al yo del ser cuerpo.

El cuerpo más allá de su materialidad no se agota en ella, es una construcción simbólica, es un constructo social y cultural. La diferencia entre el cuerpo real, imaginario y simbólico (38).

Se sentirá el déficit o el impedimento o la incapacidad, en base a aquellas percepciones y sentimientos personales encarnados en un cuerpo sintiente, condicionado por las creencias culturales y sociales que se tienen sobre el cuerpo impedido y la discapacidad.

Al darle una significación, unas vivencias y un sentido, el impedimento, el déficit, se transforman en narrativa sobre el impedimento, o la discapacidad. Lo corpóreo, lo personal y lo cultural se encuentran y forman una unidad.

Las narrativas y versiones sobre las causas de la discapacidad, del déficit o el impedimento van a dar significación y estimular significados entre cuerpo, yo y realidad: procesos físicos, emocionales y culturales. La fenomenología da cuenta del mundo experimentado en el que lo carnal, lo cognitivo y lo cultural son indistinguibles. El cuerpo es social y lo social está encarnado (32).

El cuerpo tiene una significación, que se inscribe en los significantes y los contextos sociales, culturales, y las representaciones que tienen para cada sujeto, en su singularidad. Frente a la visión biomédica, es necesario entender el impedimento, el déficit, el hándicap como algo más que una percepción o limitación corporal.

No hay en el ser humano, órgano, víscera, entraña, función fisiológica, que esté desgajada y sin conexión con el todo del sistema vital, atravesado e inscrito en el lenguaje y en el orden simbólico (víscera/visceral; entraña/entrañable). Órganos, vísceras, funciones, pertenecen a un sujeto que ama, sufre, goza, trabaja, padece, es generoso, egoísta, y que pertenece a una comunidad, a una historia social y familiar.

Como señala Vygotski (36), el defecto orgánico se realiza como anormalidad social de la conducta. El desarrollo incompleto deriva de un hecho que podemos llamar "destierro" de la colectividad. Al obstaculizar este "destierro" el normal proceso de la comunicación colectiva, de la integración con el entorno y del intercambio social, va a suponer el incompleto desarrollo de las funciones psíquicas.

Hace Vygotski (36) una crítica a como se aborda lo "dis", lo que llamaba la defectología: *"se plantea en un plano groseramente físico al estilo de la medicina. Las deficiencias, por ejemplo, la ceguera, implicaba simplemente la falta de visión; la sordera, la ausencia de audición, como si se tratase de un perro ciego o de un chacal sordo. Se perdía de vista que, a diferencia del animal, el defecto orgánico en el hombre, sea el ojo, el oído, etc. no son solo órganos físicos sino también órganos sociales. Entre el hombre y el mundo está además el medio social que refracta y orienta la relación del hombre y el mundo. No hay en el hombre una comunicación pura, asocial y directa con el mundo. La carencia de la vista o el oído, etc. implica ante todo problemáticas sociales de vínculos y relaciones."* (p.74).

Constructo social de la discapacidad

Intentaremos hacer un análisis sobre las bases que sostienen los constructos sociales y los roles asignados a la discapacidad. No es una pretensión de querer abarcar toda la dimensión que está en juego, sino la de abrir algunas líneas de reflexión al respecto.

El modelo social de la discapacidad surge en la década de los ochenta como crítica a los enfoques y modelos reduccionistas y esencialistas biomédicos e individualistas de la discapacidad. Frente al modelo médico para el que las restricciones sociales eran consecuencia exclusiva de las disfunciones físicas o cognitivas, se pasa a una visión según la cual, lo que genera la discapacidad es el sistema social, al poner obstáculos y segregar a la persona con discapacidad (32). De aquí vendrá asimismo la crítica al modelo capitalista, al mercantilismo, la explotación, la segregación y la opresión (39).

Desde un enfoque social, la discapacidad no sería tanto el resultado exclusivo de una patología física, sino de la organización social: producto social generado por patrones de exclusión y de productividad, entrelazados en la trama económica y social y en los prejuicios, la exclusión y la marginación. Se cuestiona la discapacidad entendida como consecuencia de que el cuerpo biológico sea la causa directa o única del problema, y se tiene en cuenta la opresión y la exclusión social (40).

Al disociar déficit o impedimento de discapacidad, la visión social de la discapacidad supone un giro radical desbiologizando y desmedicalizando el discurso sobre la discapacidad (23). A diferencia del enfoque biomédico, la discapacidad no radicaría exclusivamente en la problemática del cuerpo o lo cognitivo reduciéndolo a un déficit o impedimento o a la enfermedad. La relación con sus cuerpos de las personas con discapacidad, no se reduce a la visión de lo biomédico y lo terapéutico, que no tienen en cuenta ni la relación con lo económico, ni el proceso productivo, ni las condiciones laborales y de vida, la opresión, la explotación, la segregación, que caen bajo el ámbito de lo político y de lo social (40).

Toda interacción social es intercorpórea e intersubjetiva. La política contemporánea tiene que ver con el gobierno y la vigilancia de los cuerpos tanto a nivel individual como a nivel de las poblaciones, la biopolítica (35).

La gestión social del diferente, del anormal, del extraño (41), se muestra y expresa de forma nítida y visible como radicalmente segregadoras, en las ideologías y manifestaciones racistas, xenófobas, etc. En el caso de la discapacidad, estas formas xenófobas, alienantes, excluyentes y opresivas no se muestran en ocasiones con toda su crudeza, sino que pasan por formas más sutiles, menos ostensibles y manifiestas -no siempre así- que vienen teñidas y edulcoradas de sobreprotección, caridad, paternalismo, compasión, redentorismo, buenismo y otros ismos; e incluso, de nuevas formas de trabajo y de mercantilización, rentabilización y explotación, a la que laboralmente, en ocasiones, se destina al "dis".

La historia de la atención y asistencia a la discapacidad supone todo un arduo y largo trayecto, que marca los hitos de la larga marcha por su emancipación y su dignidad de la que son partícipes y que irá: desde el rechazo, abandono, explotación, segregación y marginación que dominó una época histórica; pasando por la caridad, paternalismo, sobreprotección (42); hasta la asimilación y reciclaje más recientes que intentan poner rostro humano al problema; y sobre todo y fundamental, el reto ante el que nos encontramos hoy día, de alcanzar la ciudadanía de pleno derecho (25).

De los hitos de esta larga marcha dan muestra las movilizaciones de los propios afectados, en las que aparecen formas diversas: desde las luchas reivindicativas y asociaciones pro derechos laborales y sociales (7,43); hasta formas como el "orgullo" de las personas "dis" (32); y otros modelos de lucha y afirmación de los nuevos movimientos sociales que ponen en entredicho la hegemonía social y normalizadora, por medios diversos incluidos la acción directa como forma de favorecer el cambio social (44).

Formas de la propiocepción en la que los grupos excluidos deconstruyen las tiranías estéticas, políticas y económicas. Una manera de ser en un mundo que encarna la resistencia a las tiranías estéticas y personifica una nueva política de propiocepción e identidad. Hacer una política del cuerpo provoca el colapso de la distancia tradicional entre cuerpo y política. La política de la actualidad tiene que ver con la estética, la economía y la vida pública (32).

El sujeto de la discapacidad. Diversidad funcional

La anulación del "dis" en tanto sujeto, como etiqueta diagnóstica o nosológica, supone borrar, uniformizar y homogeneizar su singularidad, imponiéndole una identidad prefijada y ajena, de forma canónica y administrativa, lo cual conlleva a una ontologización de la enfermedad, como una entidad sin sujeto y una eliminación del sujeto que siente, goza, sufre o padece (45).

Se elude y se evita todo planteamiento acerca de la estructura y dinámica de lo que subyace bajo la llamada discapacidad, retraso mental, deficiencia. Ignorar y negarse a querer saber acerca de la relación que sostiene todo sujeto "dis", al igual que todo ser humano, con respecto a su confrontación con su deseo y su goce.

El no tener en cuenta la subjetividad en los historiales clínicos, lleva al neurólogo Sacks a realizar una dura crítica al respecto de la ontologización de la enfermedad, al afirmar: *"en los historiales clínicos actuales ya nada se nos cuenta del individuo, de su historia social o familiar, de su relato; no hay sujeto, se alude a ellos con una frase rápida ("hembra albina trisómica 21") que podría aplicarse igual a una rata que a un ser humano. Para situar de nuevo al sujeto en el centro, hemos de profundizar en hacer una narración, un relato. Solo así tendremos un "quien", además de un "que", un individuo real..."* (46).

La subjetividad no puede tener una medida, unas escalas, una homologación o parámetros generales y universales. La subjetividad no puede codificarse, nace de la experiencia del vínculo, no hay un correlato neuronal de la subjetividad, ésta introduce una dimensión inconmensurable, impide una concepción de la normalidad (47).

A través de los enunciados en primera persona, de su relato, su decir, su hacer, es como va a expresar el llamado "dis", la singularidad de sus vivencias, sus sentimientos, sus experiencias subjetivas, su sentir, desear y gozar, sus necesidades, aquello que supone su identidad narrativa, su relato, su narración, la expresión de su propia vida. Para Ricoeur *"el relato es la dimensión lingüística que damos a la dimensión temporal de una vida. La narración, contribuye a hacer de la vida en el sentido biológico del término, una vida humana"* (48).

De aquí las demandas y reivindicaciones de la diversidad funcional, al abordar lo "dis", no en tanto diagnóstico, que ya lo hemos reiterado a lo largo del artículo, sino como una más de las diversidades de la condición humana y de las expresiones de funcionamiento diferentes posibles. Lo "dis" en el sentido de lo que señala el neuropatólogo Goldstein, *"como un proceso creativo y adaptativo"* (30), entendido como un desarrollo vital que afecta al plano biológico, social y existencial, no reducido a carencia, déficit, anomalía, exclusión y estigma y donde se priorice y se tengan en cuenta las propias experiencias subjetivas, los relatos, las vivencias y la narración de los propios afectados (1,10,26,49)

Al respecto de la supresión de la subjetividad y el intento de uniformizar y homogeneizar las conductas, nos advierte H. Arendt, cuando afirma: *"la conducta uniforme que se presta a la determinación estadística y por tanto a la predicción científicamente correcta, no es en modo alguno un ideal científicamente inofensivo. Las ciencias de la conducta, anulando la subjetividad apuntan a reducir al hombre en todas sus actividades a un animal de conducta condicionada"* (50).

Procesos identitarios "dis"

Los estereotipos colectivos, como el de discapacidad, retraso mental, locura, etc., van a definir, clasificar y establecer dinámicas de identificación/separación de personas y grupos. Son catalizadores de valores, actitudes, creencias, marcando la posición subjetiva y los sentimientos que tenemos acerca de nosotros y los otros. Dichas identidades "dis" funcionan como una determinación social y avocan a un devenir vital marcado por episodios de cosificación, exclusión y segregación, que les impiden la capacidad de decisión sobre sí mismos (23).

La identidad que se les asigna y les define como discapaz, retraso mental, autista, loco, etc. va a borrar y anular la diversidad funcional, la identidad narrativa, la singularidad y subjetividad, así como otros derechos, sean el de tener un lugar de palabra y de participación en la comunidad y en la toma de decisiones o en el proceso social y productivo.

Los prejuicios y estereotipos generalizadores, que toman carta de certeza y de saber predeterminado y fijo, se convierten en paradigmas y creencias de rigor "científico" y diagnóstico, que confieren saber clínico-nosológico médico y se autoafirman (51). Y también, lo que es una consecuencia más grave de todo ello, asignan lugar social, valores y estatus de discriminación, exclusión, segregación y estigma.

La etiqueta diagnóstica de discapacidad, se erige en esencialidad y en entidad identitaria. El lenguaje no solo describe, sino que también construye la realidad, es performativo. Deja de ser sujeto inscrito en una cultura, una historia, un medio social y en un proceso productivo, para ser, asignado por su etiqueta diagnóstica de forma canónica y administrativa, objeto de terapias, ayudas, atención, prestaciones, etc.

Deja de ser ciudadano -en ocasiones incapacitado a todos los efectos y de todos los derechos- deja de ser un sujeto social e histórico con su biografía, historia y narración que en su desplegar y en su acción, en su quehacer y en su compromiso, le dan un lugar social y comunitario, para pasar a ser marcado por una atribución (discapacitado, retraso mental, disminuido, autista, loco, etc.) que anula y borra su entidad, su singularidad, asignándosele una identidad ajena, universal, e impuesta, que va a conferir su sino vital, definido por un diagnóstico médico, como un hecho natural, fisiológicamente determinado e impuesto.(20)

La discapacidad, como entidad asignada, supone la homogeneización, la uniformización, rasar a todos los "dis" con una etiqueta diagnóstica y con una condición que les encaje en el texto y las clasificaciones al uso (CIE, DSM, etc.) y que permita fijar, encuadrar, catalogar, nominar, valorar y marcar, anulando la diversidad.

Siendo todos homogéneos (con sus grados, escalas y medidas) se logra así encajar en un diagnóstico identitario, simplificador y uniforme, que permita dar una respuesta "científicamente nosológica" que no cuestione, ni complejice la realidad. De esta forma, se hace innecesario escuchar, conocer, profundizar, interrogarse y cuestionarse acerca de lo que supone la realidad "dis", su diversidad y su singularidad. Se anula así el sentido y significación de sus actos y conductas, en definitiva, sus vidas y experiencias. Se anula la diversidad funcional. Se excluye y borra lo que es la identidad narrativa, constitutiva y propia de cada sujeto.

Ya Pessoa ironizaba al respecto de estos clasificadores de cosas: *"hombres de ciencias cuya ciencia es clasificar, ignoran la existencia de clasificables desconocidos, cosas del alma y de la conciencia, que se encuentran en los intersticios del conocimiento"* (52).

Conclusión: nuevos enfoques y paradigmas

Más que una cuestión de concluir, se trata de abrirse a un debate y reflexión de la reformulación de los constructos de la llamada discapacidad, de la enfermedad y estigma que nos lleve al reto que ha dado pie a este artículo: un cuestionamiento de los fundamentos, las bases y principios de los modelos y las prácticas, de las políticas y la gestión de la llamada discapacidad. Esta reflexión y necesario debate se hace fundamental, replanteándose la multiplicidad de elementos en juego en el tema y de lo que hemos intentado desarrollar a lo largo del artículo.

La convención de los derechos de las personas con discapacidad (4) así como otros informes y textos (5,15,19,21,26) hacen referencia a la atención y a los derechos de las personas con discapacidad y a la necesidad de un cambio de paradigma al respecto. Concretamente en el punto 48 del informe del relator de la ONU señala: *"los diagnósticos de salud mental, se han utilizado indebidamente para la patologización de determinadas identidades y otros tipos de diversidad. Esta patologización equipara la identidad de estas personas a enfermedades, lo que agrava el estigma y la discriminación"* (5).

Siguiendo la lógica señalada por el punto 48 del informe del relator de la ONU y siendo coherentes con lo afirmado, si lo aplicamos al diagnóstico de la discapacidad y el retraso mental, se precisaría de un cambio de paradigma, que termine con dichos diagnósticos en tanto patologizantes y estigmatizantes, así como con el entramado de la gestión, los modelos y las prácticas que lo sostienen. (Prácticas que paradójicamente se dan en algunos medios psiquiátricos, que siguen diagnosticando de retraso mental, discapacidad, etc. sin ningún pudor ni cuestionamiento de ello).

El cambio de paradigma de los modelos y las prácticas en relación con la discapacidad, es una reivindicación de los afectados, en demanda de otros nuevos en los que “el eje teórico de la capacidad sea sustituido por el eje teórico de la dignidad”. La dignidad en sus dos vertientes intrínseca y extrínseca, la una relacionada con la igualdad del valor de las vidas de todas y cada una de las personas y la otra con la igualdad de derechos de los seres humanos. En este nuevo modelo, se parte de la realidad incontestable de la diversidad del ser humano, tanto en la propia vida individual como de un ser humano a otro, y como una fuente de riqueza (1,2,19,21).

Con respecto a los Derechos de las Personas con discapacidad, no es la cuestión de otorgarles, ¿generosamente?, unos derechos como si fuesen una especie aparte, ajena y excluida de los derechos que corresponden a todo ciudadano. Supone no partir de la exclusión – a la que se le somete y se le aboca – como algo dado y constitutivo, y ser objeto de ayudas que se le asignan como lo donado, reparador, segregado y distinto, sino ser sujeto de derechos.

Como afirma Cuenca *“una buena y completa teoría de los derechos debe incluir en términos de igualdad a las personas con discapacidad lo que exige una revisión profunda de algunos de sus presupuestos básicos” [...] “que deberá significar la consideración de las personas con discapacidad como plenos y activos sujetos de derechos capaces de ejercer por si mismos todas las libertades de las que son titulares”* (21). En un modelo jurídico social y de potente trasfondo epistemológico, se pasa de la visión del discapacitado como objeto (de ayuda) a sujeto (de derechos) (53).

La Carta de los Derechos de las personas con discapacidad, será la Carta de los Derechos Humanos, que le han sido negados. Se trata de restituir y devolver lo que se les arrebató y se les negó, no una carta aparte, sino aquello que es común e implícito a todo ser humano por su propia condición de su singularidad y diversidad. Es una deuda pendiente a restituir, que va de la mano del cambio de paradigma del diagnóstico y su desmedicalización y no patologización, así como de la dignidad y los derechos del ser humano.

Retomo lo que Vygotski (36) afirmaba hace ya casi un siglo: *“que no está lejos el tiempo en que la pedagogía se tenga que avergonzarse del propio concepto de “niño deficiente” como un señalamiento de un defecto inseparable de su naturaleza [...] dejarán de ser deficientes, porque la deficiencia es un concepto social, en tanto esta es una sobreestructura de los déficits físicos, psíquicos o sensoriales”* (p.82).

Actualmente son los propios afectados quienes están siendo los sujetos y actores de las acciones y reivindicaciones por lo que les pertenece y les fue arrebatado (2,7,43,44). En estas acciones están incluidos quienes en tanto seres sociales y comunitarios, se sienten implicados y se comprometen por la defensa de unos derechos que, a los llamados “normales”, también les afectan y atañen en igual medida. Derechos que vuelven a ser gravemente anulados con las medidas que recientemente se están imponiendo contra las políticas de inclusión y la diversidad (54) (55).

Contacto

Federico Menéndez Osorio [✉ femeos@telefonica.net](mailto:femeos@telefonica.net)

Bibliografía

1. Toboso Martín, M. Diversidad funcional: hacia un nuevo paradigma en los estudios y en las políticas sobre la discapacidad. *Política y Sociedad*, 2018. 55(3):783-804.
2. Romanach, J., Lobato, M. Diversidad funcional, nuevo termino para la dignidad en la diversidad del ser humano. *Foro de vida independiente*, Mayo (2005.)
http://www.asoc-ies.org/vidaindependiente/docs/diversidad%funcional_vf.pdf
3. Huete, A. Recopilación de datos y estadísticas sobre discapacidad. *Anales de la Fundación Canis Majoris* 2016 Vol. 1: 59-72.
4. Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad. Ceapat – Imserso. M° de Sanidad. Madrid 2010.
5. ONU – HCR 2017. Informe del Relator Especial sobre el derecho de la persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. AIHRCI35I21
6. Roig, A. Reflexiones en torno al modelo de discapacidad psíquica y sus registros de datos. *Anales de la fundación Canis Majoris*. 2016. Vol.1 :31-58.
7. Foro de vida independiente. <http://es.groups.yahoo.com/group/vidaindependiente/>
8. Moya, Laura. Teoría tullida. Un recorrido crítico desde los estudios de la discapacidad o diversidad funcional hasta la teoría CRIP. *Revista Internacional de Sociología* 80 (1) enero-marzo 2022.
<https://doi.org/10.3989/ris.2022.80.1.20.63>
9. Caminas Brugué, J. ¿Discapacidad o diversidad funcional? *Siglo Cero* 2015; 46(2): 79-97.
10. Romanach, J. La voz que falta en los comités de bioética, en AAVV, Actas de V Congreso Mundial de Bioética. Gijón. Sociedad internacional de bioética.
11. Novoa Romay, J.A. Apuntes sobre construcción del minusvalidismo y su deconstrucción. Comunicación e discapacidad. ISBN 13978-84-690-4140-6
12. Donna Williams. *Alguien en algún lugar*. Barcelona. N.E.E.D. 2012.
13. CIE₁₀ Organización Mundial de la Salud. *Trastornos mentales y del comportamiento. Criterios diagnósticos de investigación*. 10ª ed. Madrid: Editor, J.J. López Ibor. 1994.
14. DSM₅ Asociación Americana de Psiquiatría. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. 5ª ed. Arlington. VA: Asoc. Am. de Psiquiatría. 2004.
15. Barnes, C. *Las teorías de la discapacidad y los orígenes de la opresión de las personas discapacitadas en la sociedad occidental*. En Barton L. (comp.) *Discapacidad y sociedad*. Madrid. Morata. 1998; p. 59-76.
16. Foucault, M. *Los anormales*. Madrid. Akal. 2001.
17. Virgen Sellin. *Quiero dejar de ser un dentrodemi*. Barcelona. Galaxia Gutenberg 2017.
18. Preciado, P.B. ¿La muerte de la clínica? <https://www.youtube.com/watch?v=4aRrZZbFmBs>
19. Ferreira, M.A. De la minus-valía a la diversidad funcional: Un nuevo marco teórico-metodológico. *Política y sociedad* 2010, vol. 47, nº1: 45-65.
20. Foucault, M. *El poder psiquiátrico*. Madrid. Akal. 2005.
21. Cuenca, P. Sobre la inclusión de la discapacidad en la teoría de los derechos humanos. *Revista de Estudios Políticos*. Madrid, 2012 oct.- dic.; p.103-137.
22. Talbott, J.A., Hales, R.E., Yudofsky, S. *Tratado de psiquiatría*. Barcelona. Ancora. 1996.

23. Gallego, L. Fernández, D. *Discursos profesionales de las ciencias de la salud, educación y trabajo social sobre la discapacidad psíquica*. A Coruña. Ed. Fundación Paideia. 2001.
24. Oliver, M. ¿Están cambiando las relaciones sociales de la producción investigadora? En: Barton, L. (comp.). *Superar las barreras de la discapacidad*. Madrid. Morata. 2008: p. 299-314.
25. Silberman, S. *Una tribu propia*. Barcelona. Ariel. 2016.
26. Romanach, J. Palacios A. El modelo de la diversidad: una nueva visión de la bioética desde la perspectiva de las personas con diversidad funcional. *Intersticios: revista sociológica de pensamiento crítico* vol. 2, (2), 2008 :37-47. <http://www.intersticios.es>
27. Prigogine, I. *El fin de las certitudes*. Madrid. Taurus. 1997.
28. García Valdecasas, J. Vispe, A. El fin de la psicopatología (o como nombrar las cosas no es sino un ejercicio de poder). *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria* 2017; vol. 1, nº: 21-33.
29. Whitaker, R. *Anatomía de una epidemia*. Madrid. Ed. Capitán Swing. 2015.
30. Lain Entralgo, P. *La historia clínica*. Madrid. Triacastela. 1998.
31. Colina, F. Los escaparates del cuerpo. *Atopos* nº 8, noviembre 2009: 67-71.
32. Huges, B. Paterson, K. *El modelo social de la discapacidad y la desaparición del cuerpo. Hacia una sociología del impedimento*. En: Barton, L. (comp.), *Superar las barreras de la discapacidad*. Madrid. Morata. 2008: p. 107-123.
33. Ortiz Lobo, A. Relación terapéutica y tratamiento en postpsiquiatría. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* 2017; 37(132): 553-573.
34. Colina.F. *Foucaultiana*. Valladolid. Ed. La revolución delirante. 2019:.49.
35. Foucault, M. *Hay que defender la sociedad*. Madrid. Akal, 2012.
36. Vygotski, L.S. *Problemas generales de la defectología. Obras escogidas. Vol. 2-V*, Madrid. Machado Grupo de Distribución. 2012.
37. Plessner, H. *La risa y el llanto*. Madrid. Trotta. 2007.
38. Gómez, C. Cuerpo y escritura. *Atopos* nº 8, noviembre 2009: 25-32.
39. Ruiz, J. *La construcción social de la minusvalía. Claves de la Razón Práctica*. 1998; nº81: 67-71.
40. Abberley, R. *El concepto de opresión y el desarrollo de una teoría social de la discapacidad*. En: Barton, L. (comp.) *Superar las barreras de la discapacidad*. Madrid. Morata, 2008: p. 34-50.
41. Augé, M. Guillaume, M. Reyes Mate. El otro, el extranjero, el extraño. *Revista de Occidente* nº 140, Enero 1993.
42. Dake, R. *Una crítica del papel de las organizaciones benéficas*. En Barton, L. (comp.). *Discapacidad y sociedad*. Madrid. Morata. 1998: p. 161-180.
43. Manifiesto de las personas psiquiatrizadas por una Renta Básica Universal. www.sinpermiso.info/textos/manifiesto-de-las-personas-psiquiatrizadas-por-una-renta-basica-universal
44. Shakespeare, T. *La autoorganización de las personas con discapacidad ¿un nuevo movimiento social?* En: Barton, L. (comp) *Superar las barreras de la discapacidad*. Madrid. Morata. 2008: p. 68-85.
45. Peteiro, J. *El autoritarismo científico*. Málaga. Miguel Gomez Eds. 2010.
46. Sacks, O. *El hombre que confundía a su mujer con un sombrero*. Barcelona. Anagrama. 2017.
47. Pereña, F. *Como pensar la clínica del sujeto*. Madrid. Síntesis 2019.

48. Ricoeur, P. 2006. *La vida: Un relato en busca de narrador*. *Ágora* (2006). Vol. 25, n°2; 9.
49. Read, J. Mosher, L. Bentall, R. *Modelos de locura*. Barcelona. Herder. 2006.
50. Arendt, H. *La condición humana*. Barcelona. Paidós. 1998.
51. Colina. *Sobre la locura*. Valladolid. Cuatro. ediciones. 2013
52. Pessoa, F. *Libro del desasosiego*. Barcelona. Seix Barral. 2014; p. 153.
53. Cuenca, P. *El País Semanal*. (4-marzo 2023) Reportaje. ¿Podeis vernos? ¿Podeis oírnos? (p.28)
54. Agencia EFE. <https://efe.com/mundo/2025-2-14/trump-políticas-diversidad-empresas/>
55. Diario *El País*, 20-2-2025.

- Recibido: 08/05/2025.
- Aceptado: 07/06/2025.

Psicoterapia de grupo en una unidad de hospitalización de media estancia y en hospitalización psiquiátrica breve.

Group psychotherapy in a medium-stay hospitalization unit and in brief psychiatric hospitalization.

Irati Armentia Marín. Psicóloga Clínica.

Andrea Prieto Areán. Residente de Psicología Clínica P.I.R.-1.

María Salinero Lobo. Residente de Psiquiatría M.I.R.-1.

Red de Salud Mental de Bizkaia, Osakidetza.

Resumen: El enfoque grupal puede ser una opción eficaz y eficiente en la intervención psicoterapéutica en contexto de hospitalización. Sin embargo, aún son escasas las experiencias recogidas en publicaciones en este sentido. El objetivo del presente trabajo es exponer la implementación de un grupo de psicoterapia en una unidad de media estancia y otro grupo paralelo en una unidad de agudos, así como realizar la comparativa entre estas dos intervenciones. Como análisis cualitativo, se recogen las temáticas tratadas en ambos grupos, y se complementa con el análisis cuantitativo mediante la Escala de Impresión Clínica Global y una escala de satisfacción realizada ad hoc con base en la Escala POCS. Los resultados obtenidos muestran una mejora en el estado de salud global de los pacientes participantes en el grupo, con una muy alta satisfacción percibida del mismo. Teniendo esto en cuenta, se concluye el beneficio supuesto por los grupos, demostrando de esta forma la conveniencia de implementar más grupos de psicoterapia en las unidades de hospitalización psiquiátrica.

Palabras clave: Grupo de psicoterapia, unidad de agudos, unidad de subagudos.

Abstract: Group therapy can be an effective and efficient option in psychotherapeutic interventions within a hospitalization context. However, there are still very few published experiences on this subject. The aim of this paper is to present the implementation of a psychotherapy group in a medium-stay unit and another parallel group in an acute unit, as well as to compare these two interventions. As a qualitative analysis, the topics addressed in both groups are collected, and this is complemented with a quantitative analysis using the Clinical Global Impression Scale and a Satisfaction Scale created ad hoc based on the POCS Scale. The results obtained show an improvement in the overall health status of the patients participating in the group, with a very high perceived satisfaction measure. Considering this, we conclude that these groups are beneficial, thus demonstrating the convenience of implementing more psychotherapy groups in psychiatric hospitalization units.

Key words: Group psychotherapy, acute unit, medium-stay unit.

Introducción

El enfoque grupal lleva presente desde la creación en los ochenta de las unidades de agudos en España y su relevancia está siendo reconocida en la literatura de manera exponencial (1). Los grupos de psicoterapia en las unidades de agudos son protectores frente al impacto de factores estresantes que se asocian tanto a la situación de crisis que lleva al ingreso como a la segunda crisis que es el

propio ingreso (2). No obstante, son escasas las experiencias recogidas a nivel estatal, aún lo son más los grupos de psicoterapia descritos en las unidades de media estancia, a pesar de la reconocida eficacia. Además, hay una gran falta de estudios que recojan la satisfacción y la eficacia de estos grupos, más allá de las impresiones clínicas.

El presente trabajo pretende describir la puesta en marcha de un grupo de psicoterapia en la Unidad de Media Estancia del Hospital de Zamudio y su posterior ampliación y adaptación a la planta de agudos del mismo hospital. Así mismo pretende analizar y reflexionar acerca de las características, beneficios y diferencias de ambos grupos. Con este propósito se recoge la experiencia grupal de ambos grupos a lo largo del primer mes desde sus comienzos. Se trata de un formato de psicoterapia pionero en la Unidad que se inicia en junio del 2024. Las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica Breve y de Media Estancia del Hospital de Zamudio no cuentan hoy en día con la incorporación de la figura del Psicólogo Clínico, al igual que muchas unidades hospitalarias a nivel estatal. Esta iniciativa ha sido impulsada por la Dr. Olaia Euba (Jefa del Servicio de Media Estancia) y la Dr. Edurne Basterretxea (Jefa del Servicio de la Unidad de Agudos), facilitando la aplicación de la propuesta realizada por las residentes de Psicología Clínica y Psiquiatría. Los grupos se han realizado bajo la supervisión de la psicóloga clínica de la unidad de Rehabilitación del Hospital de Zamudio. Este formato de psicoterapia se fundamenta en la evidencia científica y su implementación viene a dar respuesta a las diferentes necesidades observadas en los pacientes ingresados.

En los próximos apartados se abordará la experiencia recogida a lo largo del primer mes, los objetivos trabajados, la organización en la unidad, los roles de los terapeutas y de los diferentes profesionales que participan, el desarrollo y la evolución del grupo, las dificultades encontradas, las diferencias entre ambas unidades y las modificaciones realizadas. Se aportarán resultados de las encuestas de satisfacción complementadas por los pacientes y de la Escala de Impresión Clínica Global (3) pre-post realizadas por los profesionales de referencia.

Objetivos

Con este trabajo se pretende realizar una recogida descriptiva de la experiencia en la implementación de grupos de psicoterapia en unidades de corta y media estancia donde estas opciones terapéuticas no estaban presentes hasta el momento. El objetivo de esta instauración consiste, entre otros, en dar respuesta a las demandas recogidas en estas unidades en las que los pacientes, familiares y profesionales indican la necesidad de psicoterapia grupal, como ya aparece en otros trabajos (4).

Adicionalmente, se busca cuantificar la eficacia de estos grupos y la satisfacción de los pacientes, de modo que quede recogida la utilidad de los mismos.

Finalmente, se busca realizar una comparativa entre los encuadres de ambos grupos y analizar si éstos se ajustan a las necesidades de los pacientes y permiten conseguir los objetivos planteados para estas intervenciones.

Con todo ello, se plantean las siguientes hipótesis de trabajo:

- H1: La implementación del grupo de psicoterapia fomentará el proceso de recuperación psicopatológica del momento actual de crisis del paciente.
- H2: Los grupos de psicoterapia en las unidades de corta y media estancia serán considerados satisfactorios y útiles por los pacientes en su proceso de recuperación.

Novedad y relevancia

¿Qué se sabe sobre el tema?

- Los grupos de psicoterapia son herramientas terapéuticas **útiles para la recuperación de sus participantes**.
- Estos grupos han demostrado su eficacia tanto en contextos de hospitalización como a nivel ambulatorio.

¿Qué añade este artículo?

- La mayoría de la investigación relacionada con grupos de psicoterapia en contexto hospitalario se centra en unidades de patología aguda.
- En este artículo se recoge una experiencia de psicoterapia grupal en una unidad de media estancia y su comparativa con las unidades de agudos.

Método

Descripción del grupo

Factores previos y encuadre

Unidad de Media Estancia

El primer paso en la implementación del grupo de terapia fue elaborar una propuesta de intervención grupal supervisada y aprobada por la jefatura de la unidad. Tras el visto bueno de la jefatura, se presentó el formato de la psicoterapia grupal al equipo de profesionales en la reunión de equipo. Se informó de las características del grupo y la necesidad de colaboración de los diferentes profesionales. Previo a la puesta en marcha, se llevó a cabo una breve presentación a los pacientes donde se explicó el encuadre y el objetivo del grupo y se aclararon dudas.

El espacio donde tiene lugar el grupo es la sala común de la Unidad de Media Estancia (UME). Se trata de un espacio abierto que funciona como sala de estar y lugar de ocio. La unidad cuenta con una sala cerrada, pero no lo suficientemente amplia como para dar cabida a todos los pacientes. En los preparativos previos al grupo, se apartan las mesas del espacio y se prepara un círculo. En estos preparativos a medida que avanzaba el grupo, han sido los propios pacientes los que se han responsabilizado espontáneamente de esta función.

El grupo tiene una frecuencia diaria de lunes a viernes, a excepción de los jueves. Se realiza en horario de mañana de 9:30 a 10:00, tras el desayuno. En la propuesta inicial y revisando la bibliografía, se propuso una duración de 45 minutos, pero los horarios de la unidad generaron la necesidad de adaptar la duración. La estancia media de los pacientes en la unidad es de dos meses.

La coordinadora principal del grupo es la P.I.R.-4, acompañada de dos coterapeutas la P.I.R.-1 y la M.I.R.-1, que a su vez cumplen el rol de observadoras y transcriben el grupo. Las figuras de enfermería y auxiliares también son esenciales para que el grupo progrese adecuadamente. En el pregrupo avisan a los pacientes del inicio del grupo acompañándolos al espacio, fomentando la asistencia y participación. Durante el transcurso del grupo colaboran atendiendo a aquellos pacientes que se encuentran más agudos o que presentan dificultades para mantenerse en el grupo. Asisten y contienen a los pacientes más disruptivos y acompañan a aquellos pacientes que se acercan al grupo pero que permanecen fuera del mismo por su situación psicopatológica.

Previo al inicio del grupo, las terapeutas se reúnen y revisan las actualizaciones de cada paciente, anotando las altas y las nuevas incorporaciones del día. El realizar una revisión previa de los evolutivos permite anticiparse al clima de la unidad y tener presente los posibles conflictos que se hayan dado.

Unidad de Agudos

El procedimiento que se llevó a cabo en la unidad de agudos fue similar. Este grupo se inicia tras los buenos resultados recogidos en la unidad de subagudos, dos semanas más tarde. Se realizó una reunión con la jefa del servicio y con la supervisora de enfermería. Fueron las que se encargaron de informar al resto del equipo multidisciplinar. En esta unidad los profesionales de planta cedieron la sala de reuniones de equipo al grupo, con lo cual el espacio donde tiene lugar el grupo es cerrado, enfatizando así la importancia de mantenerse en la sala. Se realiza en horario de 10:30 a 11:00. La frecuencia del grupo es lunes, miércoles y viernes. En este caso la coordinadora principal del grupo es la P.I.R-4, la coterapeuta la P.I.R1, y siempre están presentes la Enfermera Interna Residente y una auxiliar. En la unidad de agudos la estancia media de los pacientes es de dos semanas, con lo que la participación en el grupo es breve pero intensa. Esto también lleva a una renovación continua de pacientes y a despedidas casi diarias. En cuanto al postgrupo, se llevaba a cabo entre las P.I.R.es y las E.I.R.res pudiendo compartir una visión más integrada de la sesión y realizar una reflexión desde la multidisciplinariedad.

Selección

No se realiza una selección previa a la inserción del grupo. Todos los pacientes de la unidad están invitados a participar en el grupo. El perfil de pacientes de estos grupos es muy heterogéneo. Aquellos pacientes que se encuentran en un estado de clínica más aguda (cuadros de agitación y/o desconexión del medio graves) suelen escoger mantenerse en la periferia del grupo y en aquellos que se unen el grupo realiza una función contenedora con tendencia a la homeostasis. Están los que se mantienen en un espacio de transición y necesitan entrar y salir para poder regularse. La asistencia al grupo es voluntaria. Son muy puntuales los casos en los que el equipo decide que el paciente no se encuentra en el momento psicopatológico de acudir a una terapia grupal. La Unidad de Subagudos del Hospital de Zamudio tiene una capacidad de 30 plazas. En la experiencia actual la asistencia ha sido elevada, siendo entre 3-5 los pacientes que se quedan fuera del grupo. En la Unidad de Agudos, por otro lado, la capacidad es de 30 plazas, quedando fuera del grupo de forma habitual un número más elevado de pacientes.

En el mes piloto de cada grupo hemos tenido dos casos, uno en cada unidad, en los que hemos tenido que invitar al paciente a abandonar el grupo. Son casos donde la sintomatología era muy aguda, se verbalizaba mucha agresividad hacia el grupo, había conductas disruptivas y el grupo no podía contener la angustia de la persona. En ambos casos pudieron ser incorporados de nuevo al grupo posteriormente, pudiendo elaborar en el grupo lo ocurrido, lo que generaba en cada uno, la manera de afrontamiento personal hacia las situaciones estresantes, las identificaciones con dicho paciente y la angustia que desborda, pudiendo ofrecer un espacio de contención y comprensión.

Instrumentos de valoración

Con el fin de evaluar de forma cuantitativa los resultados obtenidos, tras la aplicación de esta intervención terapéutica en la unidad de subagudos, se han seleccionado dos escalas que permitan comprobar las hipótesis de trabajo planteadas.

Primeramente, se ha solicitado que los facultativos responsables de cada paciente realicen una evaluación con la Escala de Impresión Clínica Global (3) tanto al inicio del grupo, como medida pre, como al finalizar el plazo establecido para esta prueba piloto o al alta del paciente, como medida post. Con esto se espera discernir si la implementación del grupo de psicoterapia fomenta la recuperación del proceso patológico del paciente (H1). Esta medida solo ha sido posible realizarla en el grupo de la UME a una muestra de 30 pacientes.

De forma adicional, se ha creado un cuestionario ad hoc basado en la escala POCS con el objetivo de evaluar la satisfacción de los pacientes participantes con el desarrollo del grupo. Con esto se pretende cuantificar la satisfacción de los pacientes en cuanto a esta iniciativa (H2). Esta escala pudo ser administrada en ambos grupos. En el grupo de la UME fueron las terapeutas las encargadas de esta tarea y en el grupo de la unidad de agudos se pidió colaboración a enfermería. De esta manera se obtuvo una n de 30 en el grupo de la UME y una n de 6 en el grupo de agudos.

Tareas del terapeuta del grupo

El terapeuta es aquel que invoca la norma al inicio del grupo, la explícita, y da una estructura a la sesión que ayuda a estructurar la propia desorganización interna. El terapeuta contiene, limita y dibuja fronteras al malestar que de otra manera se desparra. El terapeuta trae una secuencia de la sesión que asegura predictibilidad. Es parte del grupo y con ello es parte de las proyecciones individuales del grupo interno.

En cuanto al estilo del terapeuta, está centrado en el aquí y el ahora, se aleja de lo ortodoxo y destaca por su flexibilidad y gran capacidad de adaptación a los cambios diarios de la unidad y de los pacientes. Como nos trae Vico Cano en su artículo *Sugerencias para el coordinador: la interpretación y otras formas de comunicación dentro y entre el grupo* (5), cuanto más humildes seamos, menos nos equivocamos y el grupo aumentará en comunicación clara, cohesiva y cooperativa. En dicho artículo Vico nos proporciona cuales serían las tareas del coordinador. Las tres funciones básicas serían: hacer manifiesto lo latente, que el grupo sea dueño de sí mismo y su tarea en la vida. Integración, diferenciación y adaptación activa a la realidad.

En nuestra experiencia, la directividad del terapeuta tiene que adaptarse a las necesidades del grupo. Hay días en los que el grupo se autogestiona y la intervención tiene que ser mínima con señalamientos oportunos que expongan el emergente y los obstáculos epistemológicos. El terapeuta tiene que discernir entre su propia necesidad y la grupal, y reflexionar acerca del para qué de su intervención. A su vez, hay sesiones en las que es necesario adquirir un rol más directivo dada la psicopatología presente en el grupo o el clima de la unidad.

En este tipo de grupos, sobre todo en el de media estancia donde la convivencia es más longeva, las quejas sobre la unidad pueden ser un tema muy recurrente. Es labor del terapeuta validar y recoger la queja mediante la escucha activa y a su vez ir más allá de la queja. Es decir, poder asociar las quejas de la unidad con las dificultades que uno experimenta en el exterior y cómo las maneja. Esto permite no enquistarnos en lo manifiesto y poder pensar en el afrontamiento de la realidad externa. La queja y la rebelión son intentos de recuperar la toma de control de sus propias vidas. La opresión que puede generar un internamiento deja desarmado al paciente, que se defiende mediante la agresión a las normas de la unidad y al grupo.

En cuanto al grupo de agudos, el desbordamiento y el contagio emocional suelen estar más presentes por lo que la necesidad de dirigir, de frenar y de contención del terapeuta requiere de mayor habilidad. Los silencios hay que respetarlos, pero no eternizarlos. En los grupos de agudos la carga emocional es muy alta, el ruido interno lo inunda todo, se expande. El silencio nos conecta con ese malestar, como decía una paciente: el ambiente pesa. Es por ello, que se convierte en un elemento más a gestionar. Puede llegar a ser muy angustiante y el terapeuta tiene que saber cómo y cuándo interrumpirlo.

Otras de las intervenciones a señalar es cuando un paciente abandona el grupo. Es importante preguntar la razón de su salida, poder recoger la emoción que surge en el grupo, y aclarar lo ocurrido. Mayoritariamente las salidas del grupo no tienen que ver con la persona que estaba compartiendo y poder transmitírselo es indispensable. Hay pacientes cuyo ruido interno les inunda, o que en el momento actual de su psicopatología manifiestan dificultades para permanecer en el grupo. Con aquellos que salen del grupo es recomendable poder aclarar y recoger lo ocurrido una vez acabado el grupo. Se trata de una intervención breve pero necesaria.

Una de las tareas del terapeuta es minimizar el rechazo y la hostilidad que puedan provocar la actitud de algunos pacientes en el grupo. Nos encontramos con pacientes que están tan asustados y se sienten tan amenazados que la manera que encuentran de estar en la unidad es defendiéndose con hostilidad. En estos casos es importante poder aclarar al grupo que la agresión no es hacia el grupo, sino una agresión que le defiende de su propio ruido interno. El terapeuta funciona como modelaje para los pacientes.

En lo que concierne a los coterapeutas, el rol del observador que toma anotaciones se vive de manera muy persecutoria. Es en el observador donde se depositan todas las angustias. Esta figura permite hablar sobre aquello que angustia.

Dentro de cada terapia grupal se encuentran dos terapeutas, el terapeuta propiamente dicho y el otro es la estructura del grupo cuando por instantes funciona como tal. No hay solo un código verbal sino también uno de acción. Las identificaciones entre los miembros y la transferencia con la estructura grupal abren la dimensión interior del devenir grupal (6).

Configuración de la sesión

El grupo se inicia con la presentación de los terapeutas, la terapeuta principal PIR-4 y las observadoras PIR-1 y MIR-1. Se explica el objetivo del grupo, ofrecer un espacio de expresión emocional donde abordar aquellas cuestiones personales que les inquietan. Se trata de un grupo "de" y "para" los pacientes, donde la coordinadora modera, pero no dirige. A continuación, se explicitan las normas básicas, confidencialidad, respeto mutuo, seguir el orden de la palabra para poder escucharnos y hablar desde la propia experiencia. Dado que en la Unidad de Subagudos el grupo se realiza a escasos minutos de la entrega de los móviles, se recuerda el silenciarlos. Se les invita a los pacientes nuevos a presentarse y compartir lo que los ha llevado a la unidad. Tras las presentaciones, se da lugar a la expresión y a la elaboración de las temáticas que surgen a lo largo del grupo. Al final del grupo se les ofrece la palabra a aquellos integrantes que se van de alta. Transcurridos dos tercios, se le devuelve al grupo los emergentes de la sesión. Los últimos 10 minutos se realiza un ejercicio práctico que varía entre sesiones. Se realizan prácticas de relajación y de respiración para el manejo de la carga emocional que se pueda generar en la sesión, con el objetivo de extrapolarlo a situaciones de ansiedad. Se hace uso de metáforas y visualizaciones desde el marco teórico de la terapia de aceptación y compromiso para la elaboración de los módulos de desesperanza creativa, clarificación de valores y la defusión cognitiva. Por último, se trabaja con ejercicios de mindfulness para entrenar la conciencia plena.

Una vez finalizada la sesión se acude a la reunión de equipo donde se comparten impresiones, evolución de cada paciente y su grado de participación.

Objetivos del grupo

En los grupos que se presentan en este trabajo, el equipo de terapeutas elaboró los siguientes objetivos teniendo en cuenta las características de los grupos.

1. Fomentar la pertenencia grupal y la experiencia de sentirse acompañado y cuidado por los compañeros a lo largo del ingreso.

Las experiencias grupales son experiencias cohesivas, que proporcionan interacciones interpersonales y abordan el creciente aislamiento frente a otras personas. El sentimiento de soledad, incompreensión e individualidad están muy presentes en la unidad, donde cada uno se aísla en su propio ruido. Son escasos los espacios que ofrecen la posibilidad de reunirse todos, de poder escuchar al compañero y de ser escuchado. Por ello, esta oportunidad terapéutica fomenta romper con la impresión de ser el único que vive ese malestar, pudiendo abrirse al apoyo y a la experiencia de ser acompañado. Así, la aceptación por parte de los demás del malestar propio puede servir para reducir la angustia. (7)

Estas experiencias se dan de forma similar en el grupo de agudos, si bien es cierto que, debido a las propias características de la unidad, no hay tanto espacio para generar vínculos como en la unidad de subagudos. Aun así, los vínculos que sí se dan parecen ser de bastante intensidad, quizás más que en el grupo de subagudos y, en cualquier caso, el cuidado por los otros siempre está presente de alguna manera u otra.

2. Mejorar la relación entre pacientes y personal.

En ocasiones se hacen explícitas en las sesiones grupales ciertas quejas hacia el personal o el propio funcionamiento de la planta, que son recogidas y resituadas por el grupo. Es imprescindible trabajar el malestar que generan entre otras las contenciones mecánicas, tanto al paciente que lo sufre como a los compañeros que conviven con los gritos de agonía. También se suman las situaciones de agudos donde las ideas delirantes de perjuicio están muy presentes, encontrándonos con situaciones donde el paciente tiene la convicción de que el personal le roba. Esta explicitación de las dificultades interpersonales fomenta, además de habilidades más concretas extensibles al contexto natural como el trabajo con la asertividad o las habilidades sociales de los pacientes, la expresión de los conflictos intrapsíquicos que subyacen a estas cuestiones.

En el otro polo, a lo largo de los grupos se han podido elaborar situaciones de enfado y agresividad por parte de pacientes hacia el personal, elaborando la comprensión de los actos y reparando el daño causado. Entre las situaciones límites entrarían una agresión hacia el personal, donde se pudo recoger la angustia flotante de la unidad y transmitir seguridad al resto de pacientes.

3. Ofrecer un espacio para la expresión de preocupaciones e inquietudes personales.

El sostén que proporciona el grupo para los pacientes facilita que éstos expresen las preocupaciones que puedan tener a nivel personal y que éstas sean recogidas y validadas por otras personas en una situación similar. De esta forma, el grupo no sólo aparece como un espacio de desahogo y acogimiento, sino que facilita la comprensión de los propios procesos, tanto a través de la autoexpresión como de la observación de los otros y la observación del yo a través de los otros, en forma de reacción especular (8).

En concreto, y por poner un ejemplo, el tema del estigma relacionado con las patologías mentales ha sido un aspecto que ha aparecido recurrentemente en las sesiones como algo que preocupaba y generaba malestar a los pacientes.

De forma similar, estos grupos ofrecen un espacio para conversar y compartir preocupaciones más del día a día de los pacientes, que son recogidas igualmente por el resto de compañeros, como se puede apreciar en la siguiente viñeta procedente del grupo de la unidad de agudos.

4. Abordar la tolerancia de las normas de la unidad.

A pesar de que las normas de la unidad pueden generar, en ocasiones, suspicacias o resistencias en los pacientes, también proporcionan estructura a la desorganización de los pacientes. No obstante, la percepción de falta de control en su día a día puede ser objeto de angustia para el paciente, lo cual hace que las normas no siempre sean percibidas como algo beneficioso, más allá de que la persona las acate o no. Teniendo en cuenta este contexto, el grupo supone una herramienta ideal para debatir el fundamento en el que se basa la norma, fomentando así que los pacientes puedan elaborar estas temáticas hacia un automanejo más propicio.

5. Elaborar el malestar compartido

El grupo permite a los pacientes la expresión de situaciones comunes que puedan estar generando angustia. Este compartir fomenta el sentido de pertenencia y la validación de las experiencias individuales de cada uno.

Otro de los temas recurrentes en las sesiones grupales han sido las experiencias de ansiedades persecutorias de diversos pacientes. Poderse ver comprendido y reflejado en las experiencias de los compañeros canaliza la soledad asociada a estas experiencias.

6. Ofrecer un espacio de contención y regulación emocional.

En ocasiones el propio malestar de los pacientes se contagia por el resto de la unidad, y estos grupos permiten hacer explícitas las emociones que lo acompañan, así como favorecer su regulación. Se trata de dar un espacio donde poder poner en palabras sus temores, comprender la manera de reaccionar ante ellos y ofrecer una cohesión que pueda sostenerlo.

Estas ocasiones podían darse de manera similar en el grupo de agudos, cuando el trauma estaba muy presente y la falta de represión no permitía proteger la intimidad de uno. Aquí, el papel del terapeuta ha sido fundamental a la hora de asumir un papel más directivo, recoger y validar el malestar y poder regular un desbordamiento emocional. De otra manera invadiría el grupo, envolviendo la sala en una especie de catarsis donde la elaboración no tiene lugar y la regulación se hace muy difícil.

7. Elaborar los miedos al alta.

El grupo permite la elaboración del alta y de las preocupaciones que puede generar la salida del hospital y la incorporación al contexto real de la persona. Poder abordar estas dificultades y estos temores proporciona mayor seguridad a la persona, mayor sensación de autocontrol y protección ante el riesgo de recaídas. Las preocupaciones referidas a lo que ocurrirá después de recibir el alta del ingreso ha sido una temática recurrente en los grupos.

De hecho, la realidad fuera del hospital también es algo que suele generar preocupaciones en los pacientes. Algunos expresan sentir cierta ambivalencia respecto al alta por este motivo: el fin del ingreso es algo que se anhela, pero al mismo tiempo recuerda al malestar experimentado antes de la entrada en el hospital. Esta disyuntiva es algo que también se puede trabajar en el grupo de psicoterapia, mediante la expresión de estos miedos en un entorno capaz de recoger y empatizar con ese malestar.

8. Abordar dinámicas familiares y sentimentales.

Más allá de las dinámicas relacionales que surgen dentro del espacio grupal o la propia unidad, también surgen en las sesiones temáticas relacionadas con el círculo relacional del paciente fuera del hospital. Estos grupos sociales pueden ser en algunos casos sistemas de apoyo para el paciente, pero en otros también son el objetivo de suspicacias o conflictos. El grupo psicoterapéutico ofrece un espacio donde poder elaborar la percepción que los pacientes tienen de su entorno y dar cabida a interpretaciones alternativas a esas conductas que les generan malestar. En este sentido, una temática que aparece frecuentemente en las sesiones es la de los ingresos involuntarios, que muchos pacientes viven como una afrenta a su autonomía e irrita las relaciones familiares.

9. Fomentar la percepción de control e implicación en el propio tratamiento.

En el diálogo con los otros participantes del grupo los pacientes pueden expresar sus dificultades para responsabilizarse con su propio tratamiento. Estos conflictos pueden tomar diversas formas, como la necesidad de ingresos involuntarios o la oposición a seguir las normas de la unidad por el simple hecho de ser impuestas. En estos casos, el grupo posibilita redirigir a la persona hacia el fomento de la autonomía e implicación personal. Sin embargo, no sólo permite el grupo la expresión y ventilación de los sentimientos asociados a estas situaciones, sino que puede postularse como un campo de entrenamiento.

Además de estos objetivos específicos, al final de todas las sesiones grupales se han realizado diversos ejercicios como cierre de la reunión. Estos ejercicios, basados en metáforas, visualizaciones o prácticas

de relajación procedentes de los marcos teóricos de las terapias de Aceptación y Compromiso (ACT) o Dialéctico Conductual (DBT), se proponían como recursos con los que se pretendía nutrir de herramientas y estrategias para el manejo de la ansiedad y regulación emocional. La flexibilidad a la hora de escoger la práctica ha sido fundamental, adaptando el contenido y la técnica a la sesión. Las metáforas utilizadas han permitido ampliar el campo visual y ofrecer un enfoque diferente. En las sesiones de mayor carga emocional se ha optado por prácticas de meditación, visualización y relajación, que ayudan a realizar un buen cierre.

Resultados

Resultados cualitativos

De forma más cualitativa se han recogido las temáticas tratadas en ambos grupos, las cuales son expuestas a continuación en la tabla 1. Estos temas que se han analizado corresponden a aquellos emergentes que han ido apareciendo en el transcurso de los grupos.

Así, en el grupo de subagudos los temas más recurrentes han sido las relaciones interpersonales y la ayuda mutua en el grupo, el futuro al alta, las normas de la unidad y las angustias persecutorias. Como contraste, en el grupo de agudos estos temas que más frecuentemente han surgido tienen que ver con las relaciones interpersonales, el automanejo en situaciones de crisis (dependencias, regulación emocional, etc.), las altas y reingresos, las normas de la unidad y las angustias persecutorias. En este contexto, parece que los temas presentes en el grupo de agudos han sido de carácter más traumático, como si la represión de los pacientes fallase en esos momentos, desbordando y haciendo emerger lo más íntimo de cada uno.

Entre las temáticas que han surgido de forma similar en ambos grupos destacan las relaciones interpersonales, las altas y los reingresos, las despedidas, las normas de la unidad y las angustias persecutorias.

En cuanto a los resultados cualitativos recogidos mediante la observación, el grupo a lo largo del mes ha ido cohesionando y volviéndose más autónomo. Nos encontramos tanto en el grupo de agudos como en el de subagudos que algunos pacientes entraban por iniciativa propia y colocaban las sillas antes de nuestra llegada. Hay quien incluso está pendiente de la hora para realizar la última actividad. En cuanto al progreso individual, se va dando un cambio en el tiempo que uno puede permanecer en el grupo y de la propia participación. Un paciente con un episodio maníaco pudo ir regulando y participando de una manera más pausada y ordenada. El grupo suele devolver a los participantes los cambios que se observan a nivel individual. Esto a su vez tiene un impacto en la autopercepción de mejoría del paciente.

Es relevante resaltar el final del grupo de agudos, donde los propios pacientes realizaron la demanda de ampliar tanto temporalmente como en frecuencia el grupo de psicoterapia. El grupo se organizó para realizar un escrito con la demanda.

Resultados cuantitativos

Como ya se adelantaba en la introducción de este trabajo, con el fin de realizar un análisis más detallado de la experiencia con estos grupos de psicoterapia se han recopilado también datos cuantitativos, que serán expuestos a continuación.

En cuanto a la Escala de Impresión Clínica Global (CGI) facilitada a los facultativos en la Unidad de Media Estancia, cabe destacar la disminución media de 1 punto entre las evaluaciones previas y

posteriores al inicio del grupo (4,2 vs 3,2). En concreto, 10/25 participantes tuvieron una disminución de 1 punto en dicha valoración; 5/25 disminuyeron 2 puntos.; 2/25 tuvieron una reducción de 3 puntos; mientras que 8/25 no sufrieron variaciones en la puntuación.

Por otro lado, la escala subjetiva de satisfacción (cuestionario ad hoc basado en la escala POCS) realizada en la Unidad de Media Estancia, reveló una satisfacción general media de 8,5 puntos sobre 10, siendo 10 la puntuación más repetida o moda.

Analizando cada uno de los ítems valorados (Relación, Metas y Temas, Forma de trabajar y Pertenencia) el cuestionario arrojó una mayor satisfacción de los participantes respecto a la forma de trabajar del grupo (media 9,07), seguido de la relación y pertenencia al grupo (media 8,5), mientras que los temas y las metas trabajadas fue lo menos valorado (media 7,85). Cabe señalar que en 3 de los 4 ítems valorados la moda obtuvo el valor 10, a excepción del apartado referente a la temática del grupo, que en este caso fue de 8 puntos.

En lo que respecta a la Unidad de agudos, la satisfacción general obtuvo una media de 7,42 puntos, siendo cada uno de los apartados valorado en orden decreciente: Relación (media 8,5), Pertenencia (media 7,5), Metas y temas y Forma de trabajo (media 6,83).

Comparando los resultados en ambas unidades existe una diferencia de 1,08 puntos en la satisfacción general, siendo ésta, mayor en la Unidad de Media Estancia. También se han recogido diferencias en las puntuaciones individuales de cada ítem, como la forma de trabajar, que tuvo la mayor valoración media en la Unidad de Media Estancia, mientras que en la Unidad de Corta Estancia fue lo menos valorado (9,07 vs 6,83).

Discusión

La experiencia vivida a lo largo de este mes y los resultados recogidos, muestran la valía y la importancia de los grupos de psicoterapia en las unidades de media y corta estancia. Se ha podido observar a lo largo de este trabajo que este formato terapéutico supone diversos beneficios duraderos para el paciente, como el fomento de su autonomía, la toma de conciencia y la responsabilización en su proceso de tratamiento, todos ellos aspectos relevantes en el aumento de las posibilidades de la transición del paciente a la comunidad y a la continuidad en recursos asistenciales terapéuticos. De la misma forma, permite abordar cuestiones más a corto plazo, como la reducción de la angustia relacionada con el ingreso y su situación vital, la integración del paciente en la dinámica de la unidad y el manejo de conflictos y tensiones. Los trabajos revisados para la elaboración de esta publicación coinciden en subrayar los aspectos mencionados y el énfasis en la necesidad de adaptar la técnica a las características de las unidades, asumiendo un estilo terapéutico integrador, activo y directivo (1,4).

Es importante destacar también el aspecto económico, ya que la escasez de recursos sanitarios aboca hacia la búsqueda de la mayor eficiencia posible en las unidades de salud mental, cumpliendo la psicoterapia de grupo un papel prioritario en cuanto a su rentabilidad (9).

Comparativa entre los grupos psicoterapéuticos en la unidad de subagudos y agudos

Como ya se ha expuesto, de forma paralela a la aplicación del grupo de psicoterapia en la Unidad de Media Estancia, se inició un grupo de características similares en la Unidad de Corta Estancia del mismo hospital. A pesar de este planteamiento inicial análogo, durante el desarrollo de los grupos se han hecho patentes diferencias entre ambos que implican la necesidad de un manejo diferencial de esta opción terapéutica en función del perfil de paciente y encuadre con los que se trabajen.

Para empezar, en el grupo de agudos (UCE) es más reducido en cuanto a número de pacientes. Quizás por las propias características de éstos, durante los momentos más agudos de su patología pueden encontrarse más opositoristas o con dificultades para mantener la atención fuera del ruido interno. El espacio donde tiene lugar el grupo de UCE es cerrado lo que requiere de mayor compromiso y la necesidad de entrar a una sala, no pudiendo escuchar desde la periferia el contenido del grupo y acercarse cuando uno se siente preparado.

Por otro lado, también se han unido a las sesiones grupales, y de forma diferencial con el grupo de la UME, representantes del personal de enfermería y TCAE. En la UCE estaban asignadas dos E.I.R.res y una auxiliar de enfermería. Esto ha supuesto la facilitación del manejo del grupo, además del enriquecimiento que otorga su perspectiva y conocimiento de los pacientes. La continuidad de las E.I.R.res ha permitido mayor cohesión como equipo terapéutico multidisciplinar y un abordaje más integrado. En la UME, los profesionales de enfermería y auxiliares de enfermería se mantenían en la periferia, el número variaba y la sensación de pertenencia al grupo disminuía.

En cuanto al encuadre, conviene destacar que la sala donde se realizaron estos grupos era cerrada, en contraposición con el espacio común de la UME. Como se ha reseñado en apartados anteriores, ambas situaciones pueden tener ventajas e inconvenientes. La posibilidad de cerrar el espacio permite reducir las distracciones provocadas por el ruido externo al grupo y generar un ambiente de mayor confidencialidad y seguridad. Aquellos pacientes que entran a pesar de la clínica aguda que presentan en esta unidad, se mantienen en la sala hasta finalizar la sesión, salvo excepciones puntuales. Por el contrario, esto dificulta y hace que resulten más disruptivas para los demás participantes las entradas y salidas de los integrantes del grupo. El espacio abierto de la UME, en cambio, permite mayor fluidez de movimiento, lo que hemos podido comprobar que, en ocasiones, facilita la contención y el manejo emocional de los pacientes con mayor malestar. Además, facilita la incorporación progresiva de aquellos pacientes cuya clínica aguda les dificulta tolerar el encuadre propuesto.

La confidencialidad es un tema que al inicio genera reticencias. Los participantes del grupo conviven en la unidad una vez finalizado el grupo, en contraposición con los grupos ambulatorios donde una vez finalizada la sesión no se coincide con los participantes y cada uno regresa a sus respectivos domicilios. Este hecho genera suspicacia, al igual que las terapeutas se reúnen a posteriori con el resto del equipo.

En cuanto a la temática y dinámica grupal, el grupo de UCE ha sido un grupo más participativo donde el contenido ha estado centrado en la problemática personal y no tanto en la crítica hacia la unidad. Los pacientes de la UME son pacientes cuya trayectoria y convivencia lleva un recorrido mayor. Esto se refleja en las temáticas más centradas en las dificultades en la unidad con los compañeros, las reglas y los profesionales. Otra cualidad de la UME son los permisos tanto de día como de pernocta. Esta diferencia se traduce en la variabilidad de pacientes que acuden cada día a las reuniones del grupo y se hacen especialmente patentes los viernes. Esos días, ante el inicio de los permisos de fin de semana se mantiene un número considerablemente menor de pacientes en la unidad y en el grupo, enlenteciendo los intercambios. Esto es más relevante si cabe teniendo en cuenta que los pacientes que no pueden disfrutar de los permisos son aquellos más graves o en etapas más agudas de su evolución terapéutica, los cuales pueden tener mayores dificultades para mantenerse y participar en el grupo. Además, dadas estas circunstancias, parecen encontrarse en un estado de aplanamiento y con cierta resignación acerca de su falta de permisos. Sin embargo, esto también ofrece una oportunidad irremplazable de abordar las angustias generadas por los permisos y la necesidad de regresar al hogar, fuera de un entorno de cuidados como es el hospital, así como los sentimientos provocados por no ser el beneficiario de un permiso. En cambio, y de forma análoga a lo que ocurre con los pacientes con mayor desorganización psicopatológica de la unidad de media estancia, en la UCE no suele ser tan habitual el disfrute de permisos. Esto da cierta continuidad a los participantes de los grupos, pero también genera conversaciones diferentes, más centradas en el aquí y en el ahora.

Otra diferencia que facilita que el grupo de la UCE sea más activo es el continuo cambio de pacientes. Esto a su vez requiere de mayor esfuerzo de los terapeutas para conocer a los participantes del grupo y reflexionar acerca de las intervenciones que mejor se adecúan. El grupo de la UCE es un grupo de

mayor imprevisibilidad donde es necesario trabajar con flexibilidad a la hora de escoger las técnicas finales, mayor adaptabilidad y escuchar más allá de lo explícito para alcanzar los emergentes reales de la sesión.

La historia longitudinal que acompaña a los participantes del grupo de la UME permite un entendimiento diacrónico, no limitada a la sesión única, donde se elaboran y asocian las sesiones de manera trascendental. Esto es algo que se dificulta en la UCE, a pesar de que siempre hay un cupo de pacientes que han estado presentes en la sesión previa. Hay que tener en cuenta que la frecuencia de la UME es mayor y permite un seguimiento más cercano e intensivo. Añadir, que la frecuencia de tres días y la velocidad de las decisiones que se toman en la UCE, hacen que no siempre los participantes se puedan despedir del grupo. Es decir, el cierre del grupo se aborda de una manera más cuidada en el grupo de la UME.

En cuanto a la duración de las sesiones, ésta se ha establecido en 30 minutos tanto para el grupo de subagudos como el de agudos. Si bien hay bibliografía que recomienda establecer sesiones de 45 minutos, también parece ser frecuente que esta duración se acorte hasta la media hora (1). En el caso de esta experiencia, la decisión acerca del tiempo dedicado a las sesiones estaba supeditada a los horarios ya establecidos en la unidad, tanto para el día a día de los pacientes como para los profesionales. La mayor brevedad de esta psicoterapia facilita que los pacientes con mayor deterioro o más agudos en su psicopatología puedan mantenerse en la totalidad del grupo. Pero, por otro lado, también requiere de una mayor flexibilidad por parte del terapeuta, así como de un encuadre más firme, donde se evite que los temas propuestos por el grupo divaguen más allá del tiempo establecido. Esto lleva a que, en ocasiones, haya sido necesario acortar los ejercicios prácticos o a elegir aquellos más breves. En este sentido, es de destacar la percepción que los pacientes tienen de la temporalidad del grupo. Algunos de ellos han sentido que la duración del grupo era demasiado. Quizás por su propia patología o el momento de recuperación en el que se encontraban impedían, como se ha comentado anteriormente, que el paciente se mantuviera reunido todo el grupo. Otros pacientes, en cambio, demandaban mayor duración de las sesiones, considerando necesario más tiempo para que todos los miembros del grupo se pudieran expresar libremente y el propio grupo les pudiera recoger. Hay quién justificaba que de esta manera podrían tomar la palabra todos, cuestión que a veces no se daba por la limitación temporal. Esta discrepancia entre los pacientes se ha observado principalmente en el grupo de agudos, donde las diferencias entre perfiles de paciente, patologías y evolución pueden hacerse más patentes.

En lo que respecta a los resultados cuantitativos extraídos mediante la escala CGI, en 2 de cada 3 pacientes disminuyó la puntuación obtenida en dicho cuestionario un mes después del inicio. Esto apunta a la mejoría del estado de los mismos (H1), por lo que los grupos de psicoterapia podrían fomentar la recuperación del proceso patológico de los participantes. Sin embargo, sería beneficioso un seguimiento a largo plazo de estos, una vez abandonado el grupo, así como la posibilidad de continuar la terapia grupal durante un tiempo mayor. Además, sería interesante pasar la escala también en el grupo de agudos.

En cuanto a la escala de satisfacción, es reseñable la diferencia entre ambas unidades, siendo mayor la satisfacción de la unidad de media estancia. Sin embargo, existen amplias variaciones en el tamaño muestral de los grupos, por lo que los resultados no serían del todo equiparables. Además, cabe destacar el tiempo de estancia de los pacientes en ambas unidades, como posible factor a tener en cuenta en el sentimiento de pertenencia, entre las variables analizadas. Esto también ha podido influir en la convivencia entre los pacientes, así como la relación establecida y el grado de confianza entre los mismos. Recogiendo los resultados de la escala y los datos más cualitativos como es el feedback de los profesionales y de los propios participantes en el contexto grupal, se concluye que los grupos de psicoterapia de ambas unidades han sido satisfactorios (H2).

Conclusión

La experiencia de la puesta en marcha de estos grupos psicoterapéuticos en las unidades de corta y media estancia refleja la viabilidad y conveniencia de confiar en esta metodología como parte importante del tratamiento de los pacientes psiquiátricos, con el matiz de que queda patente la necesidad de adaptación del grupo a las características diferenciales de cada grupo de pacientes.

Contacto:

Irati Armentia Marín. Arriaga, 22 • 48650 Barrika. Bizkaia ✉ iratiarmentia.m@gmail.com

Andrea Prieto Areán ✉ andrea.prietoarean@osakidetza.eus

María Salinero Lobo ✉ maria.salinerolobo@osakidetza.eus

Bibliografía

1. Belloso Roper, J. J., Díaz Medina, M., y López Moreno, T. Psicoterapia de grupo en una unidad de hospitalización psiquiátrica breve. *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 2015; 35 (128), 759–774.
2. Martínez, J. M., El miedo, las proyecciones paranoides y la violencia en los grupos de pacientes en crisis, *Boletín de la Sociedad Española de Psicoterapia y Técnicas de Grupo*, 2001; IV, 19, pp. 89-102.
3. Guy, W. CGI. Clinical Global Impressions. In *ECDEU Assesment Manual for Psychopharmacology*. 1976; (pp. 217–222). U.S. Department of Health, Education, and Welfare. <http://www.archive.org/details/ecdeuassessmentm1933guyw>
4. Fernández-Carbonell, M. J., Dasí, C., García-Merita, M. L., y Fuentes, I. Satisfacción de pacientes y familiares con una Unidad de Hospitalización Psiquiátrica. *Anales de Psicología*. 2012; 28(2), 378–386. <https://doi.org/10.6018/analesps.28.2.148831>
5. Vico Cano, D. Sugerencias para el coordinador: la interpretación y otras formas de comunicación dentro y entre el grupo. *Área 3. Cuadernos de Temas Grupales e Institucionales*. 2020; 24. www.area3.org.es
6. Sánchez Casado, A. *Elementos en terapia operativa psicoanalítica*. Asociación Convergencias en Terapia Operativa Psicoanalítica. 2018.
7. Martín Cabrero, B., y Martínez Rodríguez, J. M. Psicoterapia de grupo en una unidad de agudos. *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 2009; 29 (103), 79-96.
8. Ruiz-Parra, E., González-Torres, M. A., Eguiluz, I., De La Sierra, E., Trojaola, B., y Catalán, A. Basurto-PGIP. Un abordaje manualizado de psicoterapia grupal integradora en psicosis. *Actas Españolas de Psiquiatría*. 2010; 38(2), 72–86.
9. Andreu, M., Pons, M. T., Navarro, L., y Barrio, P. Grupo de psicoterapia para pacientes con adicciones hospitalizados en tiempos de la COVID-19. *Adicciones*. 2021; 33(4), 295–298. <https://doi.org/10.20882/adicciones.1702>
10. Vinogradov, S., y Yalom, I. D. *Guia breve de psicoterapia de grupo*. Paidós. 1996.

Anexos

Tabla 1. Temas abordados en ambas unidades de hospitalización	
Temas en Unidad de Subagudos	Temas en Unidad de Agudos
Estigma (animales psiquiátricos, la loca de la familia, más allá)	Estigma
Empatía	Empatía
Hospitalismo	Momentos de oscilación y ambivalencia
Límites y reglas de la unidad (también se recoge cómo hago que puede estructurar, la otra lectura)	Límites y reglas de la unidad
Voluntariedad	Dependencias
Intimidad	Enfermedad crónica
Relaciones interpersonales (sociales, dentro y fuera, parejas)	Relaciones interpersonales
Permisos	Defensa de los derechos propios
Altas y reingresos	Altas y reingresos
Relación con los profesionales	Relación con los profesionales
Dificultades en la comunicación cuando el malestar desborda (oír y no escuchar)	Dificultades en la comunicación cuando el malestar desborda
Asertividad	Dinámicas familiares
Identificación emocional	Experiencias infantiles
Regulación emocional	Regulación emocional
Compañerismo	Compañerismo
Toma de conciencia de la evolución y el recorrido en el ingreso	Roles autoimpuestos e impuestos desde fuera
Como mantener la esencia	Perdón y compasión a uno mismo
Realidad vs sueños	
Insomnio	
Efectos secundarios del tratamiento farmacológico	
Paranoia	
Angustias persecutorias (los que no hablan, pero escuchan, las terapeutas que luego comparten con la cúpula, los que a uno le quieren hacer daños psíquicos en el grupo, creencia de involucrar al paciente en delitos)	Angustias persecutorias

Temas en Unidad de Subagudos	Temas en Unidad de Agudos
Autonomía y derecho a equivocarme (tutelas)	Autonomía y responsabilidad personal
Inicio del ingreso (los que no se presentan, los que llegan violentos, los que no quieren bajar desde agudos, ingresos involuntarios)	Inicio del ingreso
Figuras de autoridad	
Normas del propio grupo	Normas del grupo
Locura (diagnósticos, repercusión afectiva, más allá de la enfermedad hay vida)	
Duelos	Duelos
Soledad elegida o aceptada	Soledad y aislamiento
Despedidas	Despedidas

Cuestionario de Satisfacción con el grupo

Relación: Me sentí entendido/a, respetado/a y aceptado/a por el grupo. (0-10)

Metas y temas: Trabajamos y hablamos sobre lo que yo quería trabajar y hablar. (0-10)

Forma de trabajar: La forma de trabajar de los terapeutas en el grupo encaja bien conmigo. (0-10)

Pertenencia: Me sentí como parte del grupo. (0-10)

Satisfacción con el grupo general: (0-10)

Sugerencias:

- Recibido: 30/11/2024.
- Aceptado: 27/12/2024.



PRE-OCUPACIONES

Introducción al test del Kayak.

Test evolucionista darwiniano en salud mental.

Introduction to the Kayak test.

Darwinian evolutionary test in mental health.

Joseba Achotegui. Psiquiatra.

Profesor Titular de Técnicas de Psicoterapia de la Universidad de Barcelona. Secretario reelecto de la Sección de Psiquiatría Transcultural de la Asociación Mundial de Psiquiatría. josebaachotegui.com

Resumen: El Test del Kayak es un modelo basado en la teoría evolucionista darwiniana que representa el funcionamiento de la mente, muestra cómo afronta y elabora el estrés y el duelo. Este Test permite comprender de modo rápido tanto los funcionamientos considerados sanos, como patológicos. El modelo se basa en la interacción, en la combinación, de dos ejes, de dos funcionamientos muy básicos a nivel evolucionista en relación al funcionamiento mental:

Por un lado, el eje 1 que mide el grado de actividad, el grado de energía y motivación con la que actuamos. Es un eje vertical. En el extremo superior del eje estarían los funcionamientos de máxima acción, de manía. En el extremo inferior los funcionamientos de pasividad, depresión. En el medio el funcionamiento de tipo eutímico, un nivel de actividad moderado y modulado.

Y un eje 2, horizontal que nos muestra a dónde se dirige esa acción, ¿A dónde se va? Un segundo eje mide la orientación de la actividad, hacia dónde se dirige la actividad, y que se estructura en dos polos relacionados con las dos acciones más básicas para la supervivencia siguiendo el modelo evolucionista: -A. Explorar, buscar recursos para sobrevivir (relaciones, alimentos...). B. Tener seguridad, protección, defenderse.

Desarrollando el planteamiento de los dos ejes completamente, siguiendo el planteamiento deductivo, a partir de las premisas que hemos fijado, nos surge un modelo de la mente que permite evaluar los mecanismos de defensa (obsesivos, maníacos, esquizoides...) diferenciando entre los procesos sanos, neuróticos y en el extremo los psicóticos.

Palabras clave: test del Kayak, teoría evolucionista darwiniana, estrés, duelo, grado de actividad.

Abstract: The Kayak Test is a model based on Darwinian evolutionary theory that represents the functioning of the mind, showing how it copes with and processes stress and grief. This test provides a quick understanding of both healthy and pathological functioning.

The model is based on the interaction, the combination, of two axes, two very basic functioning at the evolutionary level in relation to mental functioning:

On the one hand, axis 1 measures the level of activity, the level of energy and motivation with which we act. It is a vertical axis. At the upper end of the axis are the functions of maximum action, mania. At the lower end are the functions of passivity, depression. In the middle, the euthymic type of functioning, a moderate and modulated level of activity.

And a horizontal axis 2 shows us where that action is directed. Where is it going? A second axis measures the direction of the activity, where the activity is headed, and is structured in

two poles, in relation to the two most basic actions for survival following the evolutionary model: A. Explore, seek resources to survive (relationships, food, etc.) B. Have security, protection, defend oneself.

Developing the approach of the two axes completely, following the deductive approach, based on the premises we have established, we emerge with a model of the mind that allows us to evaluate defense mechanisms (obsessive, manic, schizoid, etc.), differentiating between healthy, neurotic, and, at the extreme, psychotic processes.

Keyword: The Kayak Test, Darwinian evolutionary theory, stress and grief, the level of activity.

1. ¿Qué es el Test del Kayak?

El Test del Kayak es una esquematización, un modelo basado en la teoría evolucionista darwiniana que representa el funcionamiento de la mente, muestra cómo afronta y elabora el estrés y el duelo. Este Test permite comprender de modo rápido tanto los funcionamientos considerados sanos, como patológicos.

2. Modelo de lo simple a lo complejo siguiendo un planteamiento deductivo

El esquema del test va de lo simple a lo complejo, siguiendo el modelo evolucionista. Se parte de unas premisas básicas, representadas en dos ejes, muy elementales en el funcionamiento mental, que se van desarrollando y complejificando. Del mismo modo ocurre en la evolución. Así, por ejemplo, primero surgió la célula y más tarde los tejidos, las plantas y los animales, funcionamientos más complejos. El modelo en el que se basa el test, tiene un funcionamiento deductivo. A partir de unas premisas básicas se va desarrollando. Se trata de tirar del hilo desde los planteamientos básicos.

3. ¿En qué se fundamenta el Test?

Este test se fundamenta en la aplicación rigurosa de la teoría evolucionista darwiniana, una teoría que junto a la teoría de la relatividad de Einstein están consideradas como las más relevantes de la ciencia y que plantea que los funcionamientos mentales, sanos o patológicos son estrategias de adaptación.

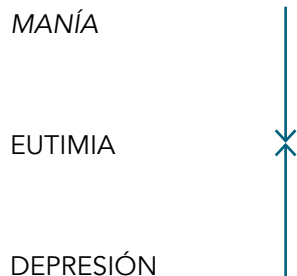
4. Elementos del Test

El modelo se basa en la interacción, en la combinación, de dos ejes, de dos funcionamientos muy básicos a nivel evolucionista en relación al funcionamiento mental:

Por un lado, el eje 1 que mide el grado de actividad, el grado de energía y motivación con la que actuamos. Es un eje vertical. En el extremo superior del eje estarían los funcionamientos de máxima acción, de manía. En el extremo inferior los funcionamientos de pasividad, depresión. En el medio el funcionamiento de tipo eutímico, un nivel de actividad moderado y modulado.

Veamos ahora en este dibujo los dos ejes en cuya interacción se basa el Test del Kayak.

Eje 1. Grado de activación, de energía adaptativa



- En la parte superior del eje están los funcionamientos mentales de poder, fuerza, dominación, alegría. A nivel patológico, llevado este funcionamiento al extremo, se hallaría la manía o exaltación emocional.
- En la parte inferior del eje están los funcionamientos psicológicos de tranquilidad, pasividad, subordinación. A nivel patológico estaría la depresión con la ausencia de motivación para la acción.

Desde una perspectiva evolucionista este Eje ha sido seleccionado, porque da un tono variable de intensidad al funcionamiento psicológico que ayuda a adaptarse al contexto. Así la persona está alegre cuando las cosas van bien lo cual refuerza el seguir así y se está triste cuando van mal lo cual favorece detenerse, el replantearse los objetivos y reestructurarse.

Eje 2. Eje de la información adaptativa. Exploración-seguridad

Tal como hemos señalado el eje 1 es del grado de acción, pero una vez que lo hemos descrito, la siguiente consideración es: ¿A dónde se dirige esa acción, ¿A dónde se va? Un segundo eje mide la orientación de la actividad, hacia dónde se dirige la actividad, y que se estructura en dos polos, en relación a las dos acciones más básicas para la supervivencia siguiendo el modelo evolucionista:

- Explorar, buscar recursos para sobrevivir (relaciones, alimentos...).
- Tener seguridad, protección, defenderse.



Como se puede ver en el esquema del Eje 2:

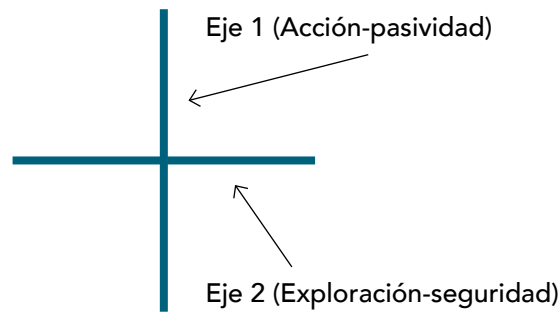
- En el polo de la derecha, de la seguridad, se hallan los funcionamientos psicológicos de asertividad, de afrontamiento de los conflictos, de defensa ante los peligros. A nivel de funcionamientos desadaptativos, patológicos, se hallarían los funcionamientos de tipo paranoide cuando el sujeto ve enemigos allá donde no los hay.
- En el polo de la izquierda de la búsqueda de recursos, se hallaría la exploración, la curiosidad, la búsqueda de conocimientos. A nivel psicopatológico desadaptativo, se hallarían los funcionamientos de tipo confusionales, esquizofrénicos, cuando la persona se desorganiza y entra en una situación caótica.

Si pudiéramos el símil de un coche, una bicicleta

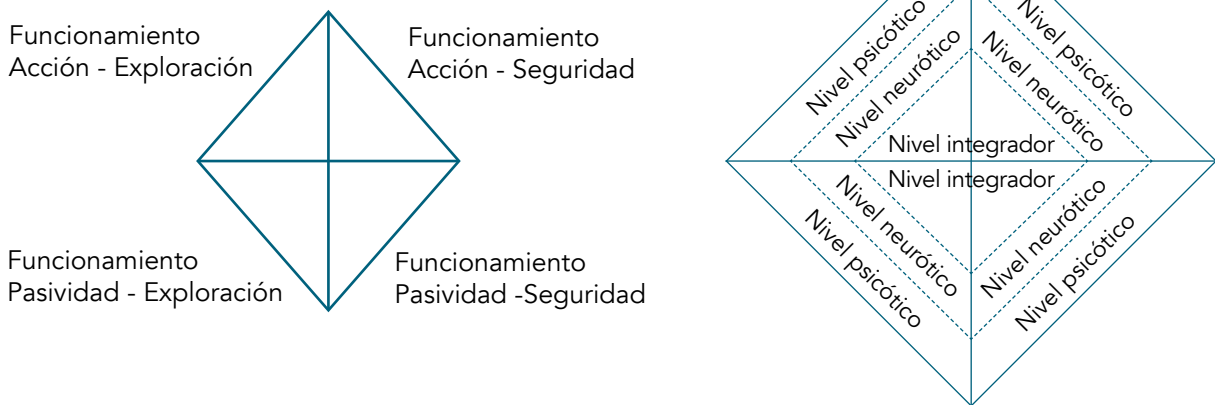
- El eje 1 es el acelerador y el freno (los pies).
- Y el Eje 2 es el volante, la dirección (las manos).

Así el planteamiento del Test del Kayak es similar al de otros funcionamientos de la naturaleza (un coche, una bicicleta) lo que cuadra perfectamente con el modelo evolucionista darwiniano que plantea que numerosos funcionamientos tienen los mismos mecanismos, porque la evolución los ha seleccionado porque son óptimos a través de la Selección Natural, el máximo regulador de la vida.

Si a continuación cruzamos los dos ejes:



La interacción entre los dos ejes da lugar a cuatro funcionamientos básicos de la personalidad:

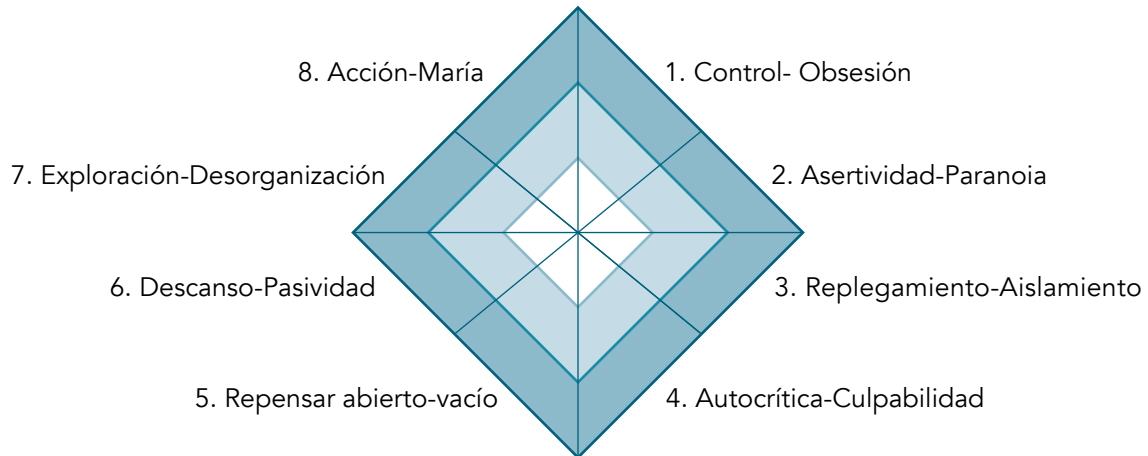


Tal como plantea el modelo evolucionista hay un continuum entre los funcionamientos sanos, adaptativos (en el centro del esquema) y los funcionamientos desadaptativos, psicóticos (en los extremos del esquema), hallándose en el medio entre los dos, los funcionamientos de tipo neurótico. Se plantea que en el centro se hallan los funcionamientos más modulados, más adaptativos habitualmente y en los extremos los más radicales, menos adaptativos. Desarrollando el planteamiento de los dos ejes completamente, siguiendo el planteamiento deductivo, a partir de las premisas que hemos fijado, nos surge un modelo de la mente que permite evaluar los mecanismos de defensa (obsesivos, maníacos, esquizoides...) diferenciando entre los procesos sanos, neuróticos y en el extremo los psicóticos.

Procedamos ahora a poner dentro de cada uno de los 4 funcionamientos que nos ha delimitado el modelo, los funcionamientos sanos y patológicos. Dentro de cada funcionamiento podemos ver que nos surgen dos variantes. Y dentro de cada una de estas dos variantes podemos diferenciar a su vez tres áreas. El área interior es la integradora y las dos áreas exteriores de funcionamientos desadaptativos.

Así, por ejemplo, en el Área 1 podemos ver en centro la capacidad de control, que llevada al extremo se convierte en obsesión, un funcionamiento desadaptativo.

O en el área 2, podemos ver que la capacidad de asertividad llevada al extremo, se convierte en paranoia. Y así en todas las demás áreas.



En este modelo de la mente, representado por esta figura romboidal, podemos ver reflejados los funcionamientos mentales estructurados desde la perspectiva de su relación con los dos ejes que estructuran el test: el eje acción- pasividad y el eje exploración-seguridad.

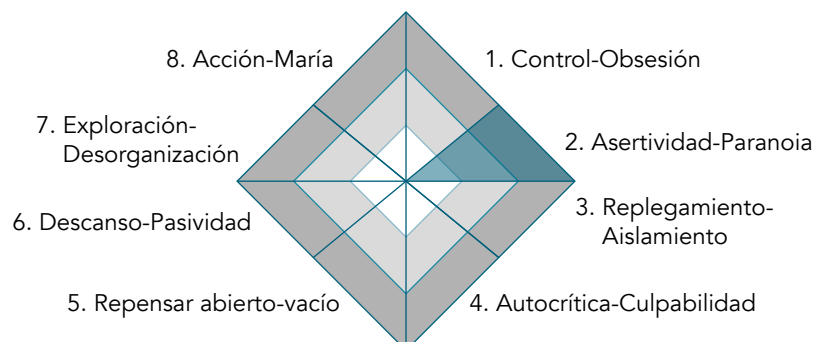
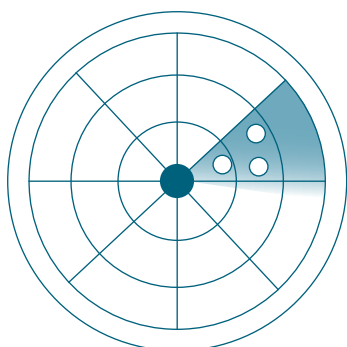
Caso 1. Aplicación Clínica del Test del Kayak

Juan es un hombre de cuarenta y dos años de edad, soltero, tiene un buen trabajo del que se encuentra satisfecho, está muy preocupado porque no logra tener una pareja y esto le deprime y le genera ansiedad, tiene etapas en las que se encuentra angustiado, con insomnio.

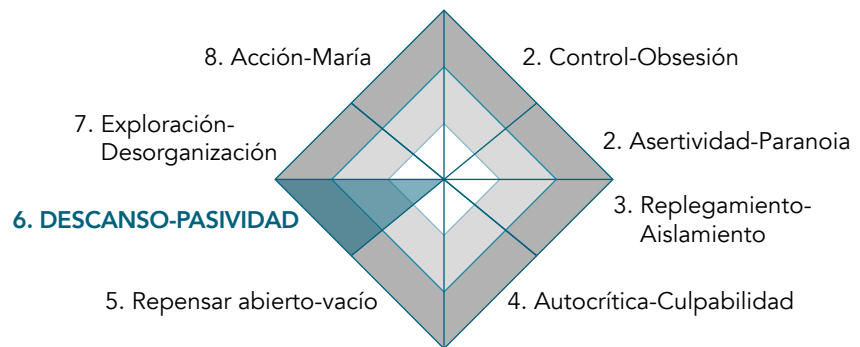
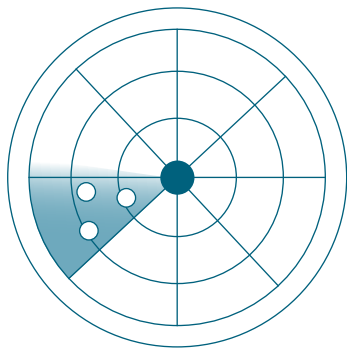
Veamos las diferentes etapas de una visita de psicoterapia. El Test nos permite aplicar una especie de radar del funcionamiento mental:

1. Comienza la sesión explicando que está enfadado, irritado, con su hermano mayor con el que tiene una mala relación porque es muy egoísta, vago, trata mal a su madre. Mientras habla está tenso, visiblemente enfadado.

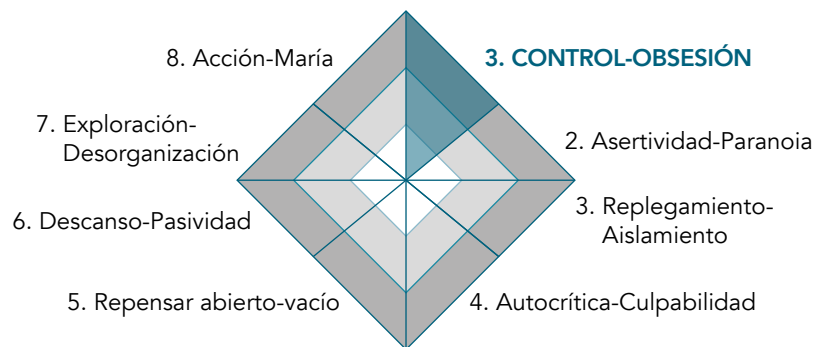
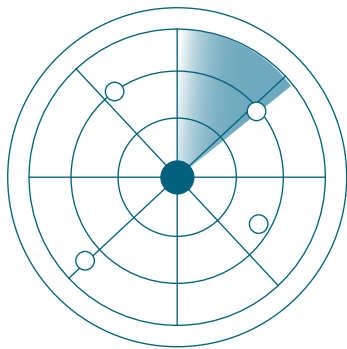
Podemos ver funcionamiento basado en la asertividad-paranoia de tipo Acción-Seguridad y ubicado en el Área 2 del Test del Kayak.



2. A continuación, explica que se siente cansado, sin fuerzas, desinteresado, que le gustaría no hacer nada. Estaría en un funcionamiento "Descanso. Pasividad" en el área 6 del Test.



3. Más adelante explica que a veces tiene ideas obsesivas de suciedad, o temores de hacer daño, algo que le hace sufrir Volvería a un funcionamiento Acción- Seguridad, ahora en el Área 1, obsesiva.



Análisis del caso Juan

Podemos ver en este caso cómo el Test del Kayak funciona como una especie de radar que va señalando por donde se está moviendo la mente del paciente, en funcionamientos paranoide, depresivos, obsesivos...

Y podemos observar que se comporta como un kayak que se va equilibrando. Así podemos ver que comienza la sesión en un funcionamiento de tipo asertividad- paranoia, de ahí va un funcionamiento de pasividad, de sentirse cansado y no querer pensar en nada luego va a un funcionamiento de tipo obsesivo. Lo que vemos es que este paciente le cuesta entrar en el área de la autocrítica en el área por decirlo de elaboración de los duelos.

Vemos que el paciente como un kayak se va equilibrando: si está paranoide se compensa con aspectos de pasividad y luego obsesivos, va dando bandazos como un kayak en aguas revueltas.

Aplicación del test del kayak al estudio de la elaboración del duelo por la lengua en los inmigrantes

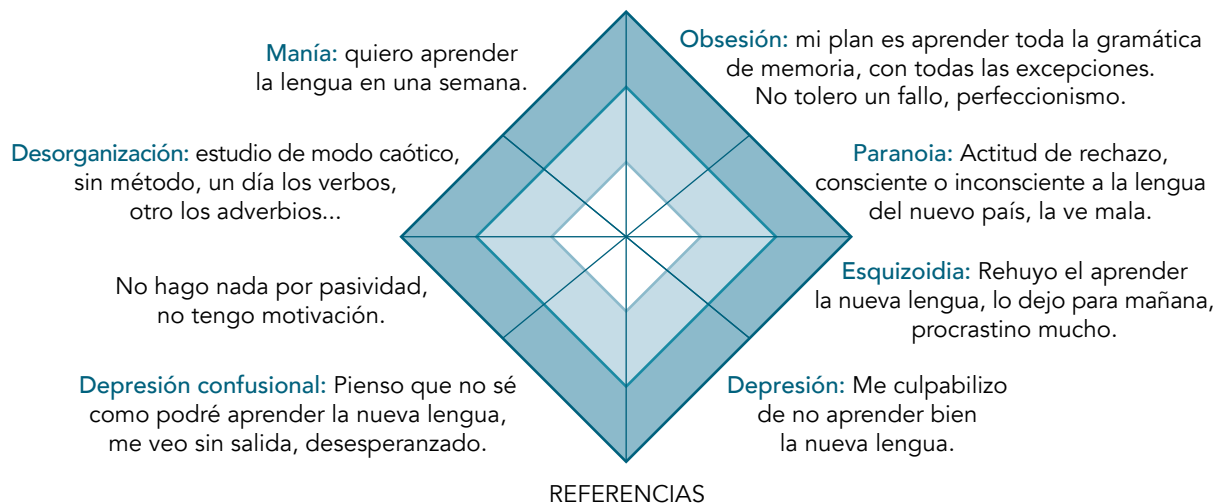
El duelo por la lengua es uno de los 7 duelos de la migración (Achotegui, 2018).

Es el duelo que supone el cambio de lengua que debe hacer el inmigrante para adaptarse al nuevo país de acogida. El cambio de lengua tiene una parte de satisfacción, pero también supone tensión y esfuerzo. No es fácil: aprender dos lenguas, trabajando todo el día, viviendo en condiciones difíciles.

Con el Test del Kayak se pueden evaluar 16 maneras de elaborarlo

- 8 adaptativas.
- 8 desadaptativas.

Veamos cuáles serían las 8 actitudes desadaptativas en relación al aprendizaje de la nueva lengua (o lenguas en países bilingües).



Contacto

Joseba Achotegui ✉ jachoteguil@gmail.com; www.josebaachotegui.com

Refencias bibliográficas

- Achotegui, J. (2007). *Los trastornos mentales: un enigmático legado de la evolución*. Editorial el mundo de la mente.
- Achotegui, J. (2018). *Test del kayak*. Ediciones el Mundo de la mente.
- Buss, D. (1999). *Evolutionary psychology*. Allyn and Bacon.
- Cosmides, L. y Tooby, A. (1992). *The adapted mind*. Oxford University Press.
- Dawking, R. (1980). *El gen egoísta*. Salvat.

- Dunbar, R. (1984). *Reproductive Decisions: An Economic Analysis of Gelada Baboon Social Strategies*. Princeton University.
- Dunbar, R. (1988). *Primate Social Systems*. Chapman Hall and Yale University Press.
- Fodor, J. (1983). *The modularity of mind*. MIT Press Cambridge.
- Hagen, E. H. (2003). The bargaining model of depression. En P. Hammnerstein (Ed.) *Genetic and cultural evolution of cooperation*, pp. 95-123. Cambridge MA. MIT Press.
- Hamilton, W. D. (1964). The genetical evolution of social behavior I and II. *Journal of Theoretical Biology*, 7, pp. 1-16 y 17-52.
- Klein M (1980). *Algunas reflexiones sobre la Orestíada*. Obras completas (Vol. VI, pp. 191-218). Paidós-Hormé. (Publicada en 1963).
- Kropotkin, P. (2021). *El apoyo mutuo*. Edit. Pepitas de calabaza. (Publicada en 1880).
- Margulis, L. (2002). *Planeta simbiótico*. Debate.
- Novak, N. (2011). *Super-cooperators*. Canon Gates Edinbourg London.
- Stevens, A. y Price, J. (2015). *Evolutionary Psychiatry. A new beginning*. Routledge.

Inspiración: el Arte en la Salud Mental.

Inspiration: Arts in Mental Health.

Javier Alejandro Kuhalainen Munar¹.

Psiquiatra adjunto en el Hospital Comarcal de Inca (Mallorca). Responsable del programa de familias del Área de Salud Mental Tramuntana (Mallorca).

Resumen: El presente texto fue leído como introducción de la primera mesa debate acerca de experiencias inspiradoras entre la Salud Mental y la Cultura, durante "CULTURAL-MENT", primer encuentro entre Cultura y Salud Mental celebrado el pasado 6 de junio 2025 en el Museo Es Baluard, Palma de Mallorca, promovido por la Dirección General de Salud Mental del Gobierno de las Islas Baleares.

Palabras clave: Cultura, Salud Mental, Arte.

Abstract: The present text was read as the introduction of the first debate table about inspirational experiences between Mental Health and Culture, during "CULTURAL-MENT" the first Meeting between Culture and Mental Health held last 6th June 2025 in Es Baluard Museum, Palma de Mallorca, promoted by Mental Health General Direction, Government of the Balearic Islands.

Key words: Culture, Mental Health, Art.

Inspiración: el Arte en la Salud Mental

¿De qué manera puede un psiquiatra ponerse a moderar un debate sobre experiencias inspiradoras que vinculan Salud Mental y Cultura? Dos fueron las razones por las que acepté este reto. Una viene de la mano de la Historia de la Psiquiatría y el incuestionable peso del Arte en la comprensión de las enfermedades mentales y la otra del reconocimiento del efecto "contagioso" que el Arte tiene como propagador del deseo.

En los primeros momentos de elaboración de un esbozo de una Teoría de la Mente, a finales del s. XIX, el Hombre de Ciencia encontró en el Arte su inspiración: pocos siglos después de que apareciera la escritura, el artista ya inventó un lenguaje para dar cuenta de lo trágico y sublime que puede ser el hombre. Valgan como ejemplo las palabras de Sófocles, extraídas de su tragedia *Antígona*, del 441 A.C.

Hay multitud de cosas prodigiosas, pero de todas, la más prodigiosa, es el hombre.

Porque él, en aladas naves, surca el mar, cuando en invierno furioso brama el huracán.

La sagrada, inagotable tierra, él la fatiga año tras año con el arado,
ayudado por las yuntas de los bueyes.

¹ Javier Alejandro Kuhalainen Munar. Corresponsable del programa del Módulo de "Introducción a la Psicoterapia" dirigido a MIR psiquiatría, EIR Salud Mental y PIR.

Una de las primeras definiciones del síntoma psíquico nos remite a la creación personal y subjetiva del neurótico que, para vencer las censuras de lo Moral y Apropiado, hallaba en esos síntomas una solución de compromiso entre los deseos ocultos, incluso para sí mismo, y las formas simbólicas y metafóricas por las que el enfermo de la mente podía exteriorizar su placer y malestar, moldeando en su cuerpo formas expresivas que le permitieran, al menos, encajar en las clasificaciones diagnósticas, ser reconocidos, exiliados y consentidos en una época que dictaba y dicta cómo estar y ser un buen enfermo.

El síntoma como creación privada y subjetiva había nacido, y su estudio nos acercó por primera vez a plantear los mecanismos psíquicos subyacentes en su formación.

El enfermo y el artista se dan de la mano en eso de crear, por un lado, una constelación morbosa de síntomas, y por otro una sublime aportación al mundo de la cultura. Dos destinos personales que transitan un mismo sendero.

La segunda razón no es razonable, es un afecto. Se llama ENTUSIASMO, que, según la RAE, nos remite a:

1. Su significado del griego *enthousiasmós* "inspiración o posesión divina".
2. Exaltación y fogosidad del ánimo, por algo que lo admire o captive.
3. Adhesión fervorosa que mueve a favorecer una causa o empeño.
4. Furor o arrobamiento de las sibilas al dar sus oráculos.
5. Inspiración divina de los poetas antiguos y de los profetas.

Confiando transmitir nuestro entusiasmo, sobre este escenario, representantes del mundo de las artes escénicas, la museografía y la farándula psiquiátrica, vamos a construir, a modo de obra improvisada, un diálogo en el que iluminaremos desde dentro las bases fundamentales por las que el Arte puede potenciar y abrir a la persona hacia nuevas formas de ser, entender, compartir y prosperar.

Finalizada la introducción, quisiera señalar un posible inicio, un lugar hacia dónde dirigir la mirada, que es este museo. ¿Cuál es ese lugar, el del Arte, y cómo lo podemos habitar?

Contacto

Javier Alejandro Kuhalainen Munar ✉ elkuha@gmail.com 📞 629 212 350

C/ Jesús 16, 4º A • 07003 Palma de Mallorca

Corresponsable del programa del Módulo de "Introducción a la Psicoterapia" dirigido a MIR Psiquiatría, EIR Salud Mental y PIR.

Referencias

[https://es.m.wikipedia.org/wiki/Ant%C3%ADgona_\(S%C3%B3focles\)](https://es.m.wikipedia.org/wiki/Ant%C3%ADgona_(S%C3%B3focles))

<https://dle.rae.es/entusiasmo>

Los cuidados más allá del genograma: hacia una abolición de la familia.

Care beyond the genogram: towards an abolition of the family.

Manuel Gil Eliche Moreno.

Psiquiatra, especialista en terapia sistémica. Terapeuta en ámbito privado, Barcelona.

Resumen: Desde 2015 los artículos y libros posicionando en una jerarquía, al menos igual de importante, vínculos extrafamiliares e intrafamiliares han aumentado significativamente; punto álgido en el contexto de la pandemia COVID-19. En el siguiente artículo se realiza un recorrido histórico por diversas propuestas de abolición de la familia y, en el contexto actual, qué significa esta demanda con un punto en común: la desprivatización de los cuidados del núcleo familiar.

Palabras Clave: familia, terapia sistémica, recursos extrafamiliares.

Abstract: Since 2015, articles and books positioning in a hierarchy, at least as important, extrafamilial bonds as intrafamilial ones have increased significantly; specially in the context of the COVID-19 pandemic. The following article takes a historical journey through various proposals for the abolition of the family and, in the current context, what this demand means with a common point: the deprivatization of care in the family unit.

Key words: family, systemic therapy, extrafamily resources.

1. ¿Qué es una familia?

En La Declaración Universal de los Derechos Humanos (adoptada por la Asamblea General de la ONU en 1948), el mayor hito histórico sobre el reconocimiento de los derechos y deberes del ser humano, se establece en su artículo 16 (1) que "la familia es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado". Por su parte la Organización Mundial de la Salud (OMS), un organismo dependiente del anterior, aporta una definición con rasgos diferenciales (2): "conjunto de personas que conviven bajo el mismo techo, organizadas en roles fijos (padre, madre, hermanos, etc.) con vínculos consanguíneos o no, con un modo de existencia económico y social comunes, con sentimientos afectivos que los unen y aglutinan". Y en nuestro territorio la RAE (3) en su primera definición dice sobre la familia que es un "grupo de personas vinculadas por relaciones de matrimonio, parentesco, convivencia o afinidad."

Si se continuara buscando definiciones en distintos organismos seguirían apareciendo una diversidad de definiciones más exclusivas en términos de parentesco y otras de diversidad de relaciones...sin tener en cuenta una búsqueda en manuales de psicoterapia.

¿Qué hace ser una familia a un grupo de personas? Habrá significados que incidan en el aspecto organizativo alrededor del orden reproductivo, así, incluso una pareja sin hijos es una familia ya que tiene potencial reproductivo. También se podrán encontrar propuestas donde se incide más en un tipo de organización (roles, reglas, etc.) y afectos afines sin concretar un vínculo legal o familiar.

Al preguntar a la población general se manifiesta que la familia es una estructura social muy valorada. Es el espacio donde en muchas ocasiones se pueden encontrar los cuidados esenciales y, al mismo tiempo, donde se reproducen dinámicas violentas, por ejemplo, las patriarcales y de género. Así, la familia sigue siendo una institución social clave. En un estudio del CIS donde se preguntaba acerca de opiniones y actitudes sobre la familia (4) el 84.5 % de los encuestados valoran como “muy importante” la familia, por encima de la pareja, amigos o el tiempo libre y solo por debajo de la salud.

Por lo tanto, ante un sistema tan valorado por la mayoría de las personas, ¿qué demandas aportan los movimientos abolicionistas de la familia?

2. La familia: ni natural ni fundamental

La familia es un orden, una categoría, para poder ordenar el mundo. Es decir, la familia no es algo natural, innato al ser humano ya que no siempre ha existido una organización como la actual.

En su libro sobre antropología histórica sobre la familia, Martine Segalen (5), aborda la continuidad de la familia desde un marco conceptual alejado de una hipótesis global: siempre ha habido una unidad primaria de identidad (un sistema de pertenencia) pero está en constante renovación y con arreglos diferentes según las sociedades. Identifica una polarización en las formulaciones conceptuales de la familia. En primer lugar, la familia como un espacio de consumo que no asegura funciones de asistencia (que antes sí hacía) y compartiendo funciones de crianza con el estado, aislada de otros grupos familiares. Por otra lado, la familia como lugar de refugio de los afectos ante un sistema violento y genera desconfianza. Realiza una crítica hacia estas visiones reduccionistas que, por ejemplo, describen a una familia en el pasado idealizada o el concepto de “modelo occidental” de familia.

Es decir, propone un análisis circular donde la crisis de la familia es un reflejo de la transformación económica, social y cultural, un síntoma que ayuda a comprender y contextualizar, como ha sucedido con cada cambio coyuntural, y así repensar las obligaciones y necesidades que satisface. Como se observa en el prólogo del libro “La familia ha dejado de ser el punto de referencia estable en un momento caracterizado por la definido por la movilidad geográfica y social de los individuos y participa de la misma fragmentación y fluidez que la sociedad contemporánea”. La familia más frecuente que entendemos hoy (basada en la división sexual, heterosexual...) es una especificidad histórica; o sea, quizá la diversidad de definiciones esté relacionada con que ni es tan natural ni ha sido tan permanente en las distintas sociedades.

Haciendo una radiografía actual en España con los últimos datos publicados por el INE (6) se puede obtener como conclusión que los hogares no normativos, ya sea de personas solas o parejas sin hijos, son mayor población que los hogares sin hijos; incluso si consideramos a progenitores criando a hijos a solas.

Total hogares	18,754,800
Tamaño medio del hogar	2.5
Persona sola menor de 65 años	2,758,500
Persona sola de 65 años o más	2,131,400
Pareja sin hijos	3,913,800
Pareja con hijos	6,208,100
Madre o padre con hijos	1,944,800

La conclusión más evidente que se puede obtener es que la mayoría de los hogares no cumplen con el estándar tradicional. Este modelo familiar, que se impone más en los productos culturales, se tiende a idealizarlo y usarlo como modelo de comparación cuando, en terapia por ejemplo, cuando se diagnostica una “familia disfuncional”.

3. Violencia intrafamiliar

Que la familia ha de ser un hogar donde predomine el reconocimiento, valoración, nutrición emocional y el respeto, además de la transmisión de la normatividad y sociabilidad, probablemente sea una afirmación con la cual todo el mundo se mostraría de acuerdo. A continuación, se recopilan algunos datos que indicarían que no siempre este contexto es el mejor donde desarrollarse:

- La población menor de 18 años, en España, víctima de violencia familiar en 2021 es de 8989 menores ⁽⁷⁾.
- Del mismo año, la población menor de edad víctima de delitos contra la libertad y la indemnidad sexual es de 8317 ⁽⁸⁾. En un informe sobre sentencias de violencia sexual en la infancia ⁽⁹⁾ se objetiva que un 40,6% de las personas condenadas eran del entorno familiar.
- 3 de cada 4 niños, de 2-4 años, sufren violencia física o psicológica por parte de sus familias ⁽¹⁰⁾.
- Las víctimas de violencia de género en 2023 ⁽¹¹⁾ llegaron a 36.582 mujeres. Además, desde 2013 se contabilizan también a los hijos asesinados como violencia vicaria que, hasta la fecha de 2024, son 53 ⁽¹²⁾.

Se constata que no todo el mundo ha tenido o está teniendo un hogar donde poder desarrollarse en plena autonomía y capacidad. ¿No debería cualquier persona tener ese derecho independientemente de su familia? Así, cuando la familia es donde suceden con frecuencia tan diversas violencias interpersonales, ¿cómo es posible que siga siendo el estándar para cualquier posibilidad relacional?

4. Experiencias antifamiliaristas, olas feministas y movimientos LGTBI

Mayo de 2020 y, aun procesando una pandemia global, se produce una muerte en Minneapolis de un hombre negro en el contexto de un abuso policial. Manifestaciones a lo largo de todo el país se convocan en contra de la violencia policial hacia los colectivos minorizados, en este caso la población afroamericana. Pero entre tantas pancartas en contra del racismo se ven otras que promueven la abolición de la familia. A priori podría parecer que no hay conexión, pero hay una tradición en colectivos racializados y proletarizados abogando por el cierre de las cárceles y la policía; la familia sería otra institución más que confina o limita la capacidad volitiva, de cuidados y relación.

Utilizando la investigación realizada en el libro de Lewis ⁽¹³⁾ se evidencian experiencias alternativas al sistema familiar. En Estados Unidos en la década de 1840, un movimiento denominado, por su fundador Charles Fourier, consiguió fundar varias comunidades basadas en vínculos poliamorosos y antitrabajo; situó a la familia como piedra angular de la dominación del mercado y de la “civilización”. No exento de críticas, hay que enumerar que entre las sugerencias utópicas para la vida comunitaria estaban la renta básica universal, el ocio variado para todas las generaciones y la abolición de la cocina privada que oprimía a la mujer. También es el caso de las tribus nativas americanas que, en general, practicaban normas basadas en la crianza en colectividad.

En la época bolchevique, 1920, la soviética Alexandra Kollontai a través de un panfleto propone la abolición de la familia para que deje de recaer las obligaciones parentales solo en los progenitores,

sino que la sociedad asuma la planea responsabilidad. De acuerdo a la visión de esta autora socializar los cuidados es una condición imprescindible del socialismo.

En las décadas de 1950-60, en pleno auge de las olas feministas, y entre las proclamas de diversos movimientos se encontraba la destrucción de la familia nuclear en tanto en cuanto sistema opresivo para las mujeres e infancias. Desde movimientos LGBTIQ+, entre ellos el Frente de Liberación Gay fundado en 1969, también apoyaban la abolición. Estas personas sufrían violencias de sus derechos dentro de su familia que, en muchas ocasiones, terminaban en una expulsión; así se fundó una comuna en Nueva York con personas trans que acogían a estas personas expulsadas de sus familias biológicas.

En España esta demanda tampoco es nueva. Por dar solo un ejemplo, la primera manifestación LGTBIQ+ en junio de 1977 cruzó la Rambla de Barcelona convocada por el Frente de Liberación Gay de Cataluña, en la clandestinidad celebrada sin autorización del Gobierno; en su manifiesto se incluía el abolicionismo de la familia.

Como contraparte hay movimientos que han reaccionado fetichizando, más aún, la familia como estructura básica donde poder desarrollarse e identificando a los padres como únicos alguaciles posibles. A esto se suman discursos que identifican un tipo de familia determinada como la única posible, demonizando estilos alternativos de crianza o vínculos.

5. La abolición de la familia: una desprivatización de los cuidados

Se pueden observar voces y movimientos en contra de la organización familiar desde hace años, además de la amplitud conceptual desde un punto de vista histórico de la familia. Pero si se profundiza en las proclamas, libros y manifiestos, incluso en la actualidad, se constata un espectro de distintas reclamaciones. En un intento de análisis de encontrar la mínima esencia o común denominador a los distintos movimientos se podría elegir un concepto: la privatización de los cuidados ⁽¹⁴⁾.

Los cuidados, en su mayoría a nivel global, suelen recaer en las mujeres. No es un trabajo remunerado e incluyen todas aquellas ocupaciones que hace que funcione el hogar. Utilizando el concepto de Alva Gotby ⁽¹⁵⁾ de reproducción emocional esta autora explica cómo, no solo dentro de la familia sino también fuera, hay determinadas actividades cotidianas que son fundamentales para el adecuado funcionamiento: apoyo emocional, consolar... es decir, un ejercicio de sintonía con el malestar ajeno a cambio de una disociación del propio. La autora aborda el mito del sacrificio materno como natural y propone cuestionar el sacrificio como única medida de cuidados de los hijos. Es frecuente en biografías, que se explora y resignifica en el espacio terapéutico, de mujeres cómo se han encargado de cuidar primero de sus hijos, luego de sus propios padres, padres políticos hasta finalmente los cuidados de los nietos.

Se espera de aquellas personas que denominamos familia el apoyo, la incondicionalidad del vínculo. Es decir, el autorreconocimiento de la interdependencia, de la vulnerabilidad, y la demanda de ayuda es posible verbalizarla cuando hay un vínculo familiar.

En este momento, sobre todo en los países occidentales, hay una crisis de los cuidados y de cómo el estado organiza la ayuda. La atomización de la familia, los menores vínculos de interdependencia fuera de estas y la mayor esperanza de vida no paran de aumentar las demandas, y en mayor o menor medida respuestas institucionales, para mayores recursos tanto en sanidad como en dependencia. ¿Será suficiente la respuesta institucional?

Probablemente sin una reflexión crítica sobre la privatización de los cuidados no podremos pensar alternativas a las familias o el estado, es decir, de una posible organización horizontal, fuera de vínculos de parentesco o filiación, como respuesta ante la vulnerabilidad a la que estamos expuestos todos de

forma potencial. Para ello es necesario ampliar el vocabulario o incluso crear términos para relaciones que afectivamente son más importantes que el parentesco. Es decir, definiciones no basadas en la sangre sino en la construcción de vínculos; por supuesto que ya existe la palabra amistad, pero en muchas ocasiones esta palabra no contiene apropiadamente la confianza mayor que se puede tener por encima de un familiar con el cual quizá no tengas ni contacto y, sin embargo, en caso de emergencia podría tomar una decisión.

6. Abolir la familia: la ideología en la consulta

Si nos acotamos a la definición de ideología esta incluye las ideas fundamentales que tenemos cada uno y caracteriza nuestra forma de pensar, pero inscritos en un contexto cultural determinado. O sea, es una obviedad que toda persona con un rol de ayuda, desde el administrativo que atiende una llamada hasta las figuras clínicas, están condicionadas por sus esquemas de pensamiento e influenciarán en cómo responde a las demandas.

En "Cibernética de segundo orden" ⁽¹⁶⁾, Von Foerster, aporta un cambio a la epistemología que se estaba construyendo hasta entonces donde la objetividad se consideraba fundamental para el método científico, sin tener en cuenta las propiedades del observador sobre cómo describe lo que observa. Así, la cibernética de segundo orden relativiza lo observado en relación al punto de vista del observador, o sea, autorreferencial. Aplicado al sistema paciente-terapeuta, este también depende de las propiedades del observador, es decir, de su ideología. Esta realidad es algo que observamos cuando supervisamos casos: no solo estamos hablando del paciente, sino también de nuestra visión sobre él. De hecho, esta es una de las partes más enriquecedoras de la práctica de la supervisión.

La historia familiar, tanto la de origen o la construida, la calidad de las relaciones extrafamiliares, cómo se ejercen o reciben los cuidados influencia el abordaje del malestar de una persona en su contexto natural. ¿Es posible considerar los vínculos extrafamiliares al mismo nivel de importancia que los intrafamiliares, tanto los de origen como creados, en el repertorio de intervenciones terapéuticas?

En intervenciones cognitivas como en el mito de la familia como única fuente de amor incondicional, los valores y creencias que implican. A través de la capacidad narrativa y de la reconstrucción histórico-biográfica del malestar de la persona que consulta es posible reformular dinámicas familiares no solo atrapantes para los hijos, sino también para los padres, como un fracaso colectivo en dar y recibir cuidados solo dentro de la familia. Conceptos clásicos de la terapia sistémica como el de la cohesión, y sus polos emocionales de aglutinación y desligamiento, adquieren otro sentido si no consideramos a los miembros de la familia como los únicos recursos disponibles para poder ejercer funciones parentales (en un eje vertical) o apoyo fraternal (en un eje horizontal). Una intervención desde la narrativa sería aportar nuevas formas de nombrar relaciones o a través de la realización del genograma donde ya existen propuestas más horizontales en el que se ordenan por cercanía de afecto y no jerarquizado en el contexto familiar.

En intervenciones más emocionales, una parte de la comunicación más analógica, donde utilizamos nuestras propias emociones como terapeutas, controladas y reguladas, para dirigirlas empáticamente hacia la persona que consulta. Validar emociones que pueden ser tabú, como el arrepentimiento de la maternidad o paternidad, o la necesidad de tomar distancia de unos padres poco nutricos; la negociación de que ciertos afectos se pueden compartir y que puedan servir de revulsivo para encontrar otras fuentes de bienestar extrafamiliares.

Y por último, en una dimensión más pragmática, el de las prescripciones. Es el territorio más difícil de abordar en tanto en cuanto está más relacionado con el ejercicio de la responsabilidad sobre todo en un eje vertical. Los padres soportan las funciones parentales para ejercer la jerarquía, núcleo de las intervenciones desde los sistemas de protección y de salud mental infantojuvenil, y en ocasiones de conflicto de entre estos servicios que segregan las dificultades de los distintos miembros. Ir más allá

de la familia no consiste en desresponsabilizar a unos y parentificar a otros, sino en comprender que cuando describimos familias multiasistidas o disfuncionales podamos ver a esa familia en un contexto más amplio: un fallo del sistema de cuidados de la sociedad. En otro aspecto, cuando se convoca a la familia ampliada o se proponen intervenciones de reencuentro una alternativa sería que dentro de las herramientas posibles de convocar estén amistades, vecinos u otras figuras de apego que ejerzan funciones de apoyo incluso más legítimas para la persona que las familiares. En este sentido, no se pretende descubrir cómo los iguales son una fuente de apoyo, pues es algo que tanto en la historia personal de los terapeutas como en la práctica clínica se usa diariamente, sino cómo de forma automática nuestro trabajo es resultado de una ideología donde la familia es central y primera opción terapéutica.

7. Conclusiones

Las demandas de una reconfiguración del concepto de familia buscan una crítica a la responsabilización de esta como única fuente de bienestar y de posibilidad de desarrollo para la persona. Al mismo tiempo también son una crítica al concepto de familia disfuncional al considerar el contexto familiar como único causante de la psicopatología que pueda ocurrir dentro de ella y, aunque parezca contradictorio, hacia las políticas estatales que externalizan los cuidados. Es decir, la emancipación de la familia busca responder una pregunta, ¿qué significaría no necesitar a la familia?

En esta breve aproximación a ideas antifamiliaristas se constata que hay demandas que van desde la abolición total de la estructura familiar hasta la disolución de dinámicas y roles o la expansión de los cuidados más allá de la familia nuclear. Aunque estas reflexiones son minoritarias o poco presentes en la clínica, a través de los datos observados las familias tradicionales en este momento son las minoritarias. Es decir, ya ha comenzado un cambio y el concepto de familia lleva tiempo ensanchándose. La mayor confirmación de este cambio es el movimiento reaccionario a nivel global que busca un retorno a otro tipo de familia. En este sentido, abolir la familia significa también cuestionar una educación machista y los roles de género que impone, entre ellos la imposición de los cuidados sobre las mujeres.

Si entendemos al sistema familiar como baluarte de un amor incondicional y lugar seguro se hace comprensible un movimiento contrapuesto de miedo, confusión, es decir, de defensa. En este sentido reduccionista, abolir la familia sería sinónimo de abolir unos cuidados afectivos y materiales, en un contexto actual de aumento de soledad y desmantelamiento de los apoyos sociales. Sobre todo, teniendo en cuenta la situación de las comunidades marginalizadas donde la familia es un bastión de seguridad ante violencias estructurales. Por lo tanto, para la mayoría de las personas la familia es central en la provisión de bienestar, la estructura por excelencia. Y justo eso es lo que hay que repensar.

Hay que pensar diferentes escenarios de relación y cuidados más allá del marco de la familia nuclear. Abolir la familia no tiene que ver con acabar o destruir los lazos de parentescos que pueden ser protectores, sino de expandir esas prácticas de cuidados. Tiene que ver con superar la privatización de los cuidados en la familia nuclear, rechazar formas de dominación y/o violencia que se esconden en algunas relaciones familiares. Posibilitar a través de políticas que cada uno de nosotros podamos ejercer cuidados, y no solo dentro de la familia e independientemente de la capacidad económica que tengamos para externalizarlos. Hay que pensar que, si la familia no está pudiendo hacer un buen trabajo de cuidados, no solo responder con una etiqueta *disfuncional*, sino dirigir las demandas para imaginar alternativas de cuidados, que la familia no sea un sustituto de la asistencia social.

Familia y estado no pueden ser los únicos agentes de cuidados. Sin embargo, esto no exime a las instituciones de poder satisfacer las demandas; puede haber un uso tergiversador de los cuidados parafamiliares como forma de evitar que la administración no se haga cargo de los cuidados. Por lo tanto, hay que encontrar un equilibrio entre la demanda de la abolición de los cuidados privados y el mantenimiento de los cuidados públicos porque habrá determinadas personas que en algunas circunstancias no podrán acceder, o querrán, tener este derecho, por ejemplo, personas con aislamiento relacional.

Se trata de ir más allá de la familia nuclear como el epicentro del cuidado en la sociedad. Ya se han visto ejemplos de familias no normativas, que porcentualmente son cada vez más, y colectivos minorizados, como el LGBTQ+, donde formas de organización alternativas al mito de la incondicionalidad del amor familiar han surgido. Son propuestas de solución cualitativas, un cambio de tipo 2 ⁽¹⁷⁾.

Por último, abordar el por qué se ha optado por el uso del término abolición, no sin previa reflexión. Hay voces que abogan por otras palabras menos contestatarias, como “familia ampliada” o “reforma de la familia”, en lugar de abolición. La lección semántica de esta última palabra tiene que ver con el efecto *clickbait* que aporta al título y, fundamentalmente, como reconocimiento a todas las experiencias parafamiliares que han construido y siguen haciendo las personas insatisfechas por estos vínculos mitificados como bálsamos ante el malestar.

Contacto

Manuel Gil Eliche Moreno ✉ manuelterapeutasistemico@outlook.es
<https://orcid.org/0000-0002-8180-5139>

Bibliografía

1. Naciones Unidas. Universal Declaration of Human Rights [Internet]. Disponible en: <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>
2. Organización Mundial de la Salud. Organización Mundial de la Salud [Internet]. 2024 [citado 10 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es>
3. Real Academia Española. Familia [Internet]. Diccionario de la lengua española, 23.ª ed. Disponible en: <https://dle.rae.es/familia>
4. Observatorio de la Religión en España. Opiniones y actitudes sobre la familia II [Internet]. Disponible en: https://www.observatorioreligion.es/upload/71/89/Estudio_3032._Opiniones_y_actitudes_sobre_la_familia_II.pdf
5. Segalen M. Antropología histórica de la familia. Madrid, Taurus Ediciones. 1992.
6. Instituto Nacional de Estadística (INE). Indicadores demográficos básicos [Internet]. Disponible en: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176952&menu=ulti_Datos&idp=1254735572981
7. Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030. Indicadores sobre infancia: sector 5, clase 24, indicador 37 [Internet]. Disponible en: <https://www.mdsocialesa2030.gob.es/portal/infancia-en-datos/indicadores.htm?sector=5&clase=24&indicador=37#sector>
8. Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030. Indicadores sobre infancia: sector 5, clase 24, indicador 39 [Internet]. Disponible en: <https://www.mdsocialesa2030.gob.es/portal/infancia-en-datos/indicadores.htm?sector=5&clase=24&indicador=39#sector>
9. Save the Children. Por una justicia a la altura de la infancia [Internet]. Save the Children España; 2023 [cited 2024 Nov 8]. Available from: https://www.savethechildren.es/sites/default/files/2023-10/Por_una_justicia_a_la_altura_de_la_infancia_STC_ES.pdf
10. UNICEF. Child disciplinary practices at home: Evidence from a range of low- and middle-income countries [Internet]. UNICEF Data; 2010 [cited 2024 Nov 8]. Available from: <https://data.unicef.org/resources/child-disciplinary-practices-at-home-evidence-from-a-range-of-low-and-middle-income-countries/>

11. Instituto Nacional de Estadística (INE). Estadística de violencia doméstica y violencia de género [Internet]. INE; 2023 [cited 2024 Nov 8]. Available from: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176866&menu=ultiDatos&idp=1254735573206
12. Ministerio de Igualdad. Víctimas mortales menores en violencia de género [Internet]. Ministerio de Igualdad; 2024 [cited 2024 Nov 8]. Available from: https://violenciagenero.igualdad.gob.es/wp-content/uploads/VMortalesmenores_2024_08_21.pdf
13. Lewis S. Abolir la familia. Un manifiesto por los cuidados y la liberación. 1ª edición. Madrid: Traficantes de sueños. 2023.
14. Casas C. Maricas Malas. 1ª edición. Barcelona: Ediciones Paidós. 2023
15. Gotby A. Ellos lo llaman amor. Una política de las emociones. 1ª edición. Barcelona: Verso Libros. 2023.
16. Foerster. H.V. Las semillas de la cibernética. 1ª edición. Barcelona: Gedisa. 1991
17. Watzlawick P. Cambio, formación y solución de los problemas humanos. 1ª edición: Barcelona. Herder editorial. 2012.

- Recibido: 09/12/2024.
- Aceptado: 07/01/2025.



HISTORIA

Hace ya algún tiempo: Rodrigo González Pinto (1893-1974). Primer profesor de Psiquiatría en la Universidad Vasca.

Some time ago: Rodrigo González Pinto (1893-1974). First professor of Psychiatry at the Basque University.

Sonsoles Pacheco Larrucea. Enfermera.
Osakidetza-SVS. Hospital de Basurto. Bilbao.

Reda Rahmani El Ouachekradi. Psiquiatra.
Osakidetza-SVS. Red de Salud Mental de Bizkaia.

Juan Medrano Albéniz. Psiquiatra.
Osakidetza-SVS. Red de Salud Mental de Araba. Academia de Ciencias Médicas de Bilbao.

Oscar Martínez Azumendi. Psiquiatra.
Sección de Historia de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Sección de Historia de la AEN.

Iñaki Markez Alonso. Psiquiatra.
Sección de Historia de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Sección de Historia de la AEN.

Luis Pacheco Yáñez. Psiquiatra.
Sección de Historia de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Sección de Historia de la AEN.

Resumen: Se presenta una biografía del médico madrileño Rodrigo González Pinto, primer profesor de Psiquiatría en la Universidad del País Vasco, quien ejerció la docencia en la recién creada Facultad de Medicina en diciembre de 1936, en plena Guerra Civil española, cesando en junio de 1937 tras conquistar las tropas franquistas la ciudad de Bilbao y derogarse el Estatuto de Autonomía del País Vasco de 1936. Además, nuestro protagonista fue director médico del hospital psiquiátrico de Santa Águeda en Mondragón (Gipuzkoa) desde 1930 y jefe de los Servicios de Higiene Mental y Toxicomanías del Instituto Provincial de Sanidad de Vizcaya desde 1948.

Palabras clave: Rodrigo González Pinto, Psiquiatría en la Universidad Vasca, Psiquiatría en la Guerra Civil española, Hospital psiquiátrico de Ciempozuelos, Hospital psiquiátrico de Santa Águeda, Historia de la Psiquiatría.

Abstract: This paper presents a biography of the Madrid physician Rodrigo González Pinto, the first professor of Psychiatry at the University of the Basque Country, who taught at the newly created Faculty of Medicine in December 1936, in the midst of the Spanish Civil War. His appointment ceased in June 1937, after Franco's army conquered the city of Bilbao and abolished the Statute of Autonomy of the Basque Country of 1936. Our protagonist was also Medical Director of the psychiatric hospital of Santa Águeda in Mondragón (Gipuzkoa) from 1930, as well as head of the Mental Hygiene and Drug Addiction Services of the Provincial Institute of Health of Vizcaya since 1948.

Key words: Rodrigo González Pinto, Psychiatry at the Basque University, Psychiatry in the Spanish Civil War, Ciempozuelos psychiatric hospital, Santa Águeda psychiatric hospital, History of Psychiatry.

Nacimiento y familia

Rodrigo González Pinto (Fig. 1) nació el 14 de diciembre de 1893 en Ciempozuelos (Madrid), como hijo de José Rodrigo González González (1855-1903), natural de Villanueva de la Cañada (Madrid) y de Amalia Pinto Cebrián (1865-1909), nacida en Ciempozuelos¹⁻⁴ (Fig. 2).

Su padre ya era entonces un afamado neuropsiquiatra gracias, entre otras cosas, a que ejercía como director de los hospitales psiquiátricos de hombres y mujeres de Ciempozuelos, se había doctorado con un trabajo sobre *Las locuras volitivas* (1891)⁵ y tenía publicados diversos textos, entre ellos el titulado *El hipnotismo verdadero* (1888) y un manual de enfermería denominado *Prontuario del enfermero* (1891), el cual sirvió para formar a los religiosos que cuidaban a los enfermos mentales; y además fue premiado por la Real Academia Nacional de Medicina Española (1893-1894) muy poco después de nacer su hijo^{2,3,6-9}. Pero, sobre todo, su nombre había destacado en la epidemia de cólera que sufrió Ciempozuelos en 1885¹⁰ porque consiguió desarrollar un remedio para disminuir la mortalidad de la enfermedad, lo cual le reportaría las felicitaciones de diversas instituciones, alguna de ellas extranjera, como la del gobierno italiano^{2,3,9}.

Su abuelo paterno, originario de Cañada Juncosa (Cuenca) y en cuya familia había varios médicos, se llamaba Deogracias González Montejano (1819-1890) y fue médico titular de Villanueva de la Cañada^{2,3,11} y posteriormente de Ciempozuelos³. Se casó con una mujer apellidada González (Fig. 2), abuela paterna de nuestro protagonista, respecto a la cual no hemos podido averiguar más datos, ni tampoco saber si el matrimonio tuvo más descendientes. Sus abuelos maternos eran Manuel Pinto Calzadilla, comerciante y antiguo funcionario de correos y Amalia Cebrián Guardiola^{12,13}; ambos sevillanos, afincados en Madrid y nacidos en los años veinte del siglo XIX⁴. Manuel falleció antes que Amalia, creemos que hacia 1898, ya que en 1899 le concedieron a ella una pensión de viudedad¹³.

En el contexto de la restauración de la Orden hospitalaria de San Juan de Dios en España, el sacerdote italiano Benito Menni Figini (1841-1914), conocido en nuestro país como "Padre Menni" -y también como "Aita Menni", sobre todo en el País Vasco y Navarra- compró en diciembre de 1876 unos terrenos en la provincia de Madrid, recibiendo la autorización en febrero de 1877 para inaugurar en Ciempozuelos un hospital psiquiátrico para varones, llamado sanatorio psiquiátrico "San José" en su momento^{3,7,9,14-16}. Tras conocer a Deogracias González Montejano, Benito Menni le nombró primer director del establecimiento, contratando entonces como médicos consultores al catedrático de Patología Quirúrgica de Madrid, Juan Creus Manso (1828-1897) y a un tal "Salazar". Más tarde Deogracias González tuvo también como auxiliares a José García (¿-?) y a Agustín Aicart (¿-?), sobre los que no hemos podido obtener más información^{9,17}.

A la adquisición de los primeros terrenos siguió en años sucesivos la compra de otras fincas colindantes y en 1881, como continuación de su obra en Ciempozuelos, el Padre Menni inauguró una sección de mujeres con el nombre de sanatorio psiquiátrico "Sagrado Corazón de Jesús", sobre el que nos extenderemos más adelante^{7,9}.

En 1885 Deogracias González Montejano fue sustituido por su hijo, José Rodrigo González González, como director de los dos establecimientos^{2,3}, aunque resulta un tanto complejo delimitar las fechas en que ambos alternaron las funciones directivas. Rodrigo González-Pinto López, familiar directo de ambos, señala que Deogracias González lo hizo entre 1877-1885 y José Rodrigo González entre 1885-1903³. Sin embargo, otros trabajos indican que aquel ejerció la dirección entre 1876-1879 y José Rodrigo González lo hizo entre 1880-1903^{6,18,19}, incluso hay autores que refieren que Deogracias González fue director hasta 1882^{20,21}. Parece que José Rodrigo González comenzó a trabajar oficialmente en el centro en 1882³ y desarrollaba funcionalmente las tareas de dirección, al menos en la sección de mujeres^{3,21}, a pesar de figurar oficialmente su padre como director y él como médico "segundo"¹⁷; lo cual resulta lógico, dado que Deogracias González era médico generalista mientras que su hijo se había formado como neuropsiquiatra. En todo caso, a partir de 1885 se nombró director a José Rodrigo González^{2,3} (Tabla I) y se invirtieron los roles, ya que Deogracias González trabajó desde entonces y hasta fallecer

como médico auxiliar de su hijo. El centro contó además con la ayuda de otros dos médicos apellidados Eito²¹ y Teixidó⁹ y con la de los consultores Juan Creus Manso, Estanislao Valdivieso (¿-?), Federico Oloriz Aguilera (1855-1912), catedrático de Anatomía de la Facultad de Medicina y Luis Simarro Lacabra (1851-1921), años más tarde primer catedrático de Psicología Experimental en la Facultad de Ciencias de Madrid^{7,19,21}.

Rodrigo González Pinto fue el segundo de los tres hijos que tuvieron José Rodrigo González González y Amalia Pinto Cebrián, todos ellos nacidos en Ciempozuelos. Su hermana mayor se llamaba Luisa González Pinto (1891-ca.1957) y su hermano era José González Pinto (1896-1936)^{3,4} (Fig. 2). Este último fue también psiquiatra y asimismo trabajó en el manicomio de Ciempozuelos, pero en el pabellón de mujeres, como se verá³. Creemos interesante señalar que la familia de nuestro biografiado residió, desde poco después de que su padre fuera nombrado director del centro, en una casa que este mandó construir a unos cincuenta metros de la entrada principal del hospital, por lo que prácticamente vivieron en el entorno íntimo del establecimiento sanitario³. Esta situación se intensificó al fallecer el progenitor el 22 de diciembre de 1903³, cuando Rodrigo González Pinto acababa de cumplir diez años, ya que desde entonces y hasta la mayoría de edad su tutor fue, al igual que el de sus hermanos, Benito Menni, quien les había bautizado a todos ellos y residía en el recinto hospitalario. La estrecha relación con el tutor se mantuvo hasta el fallecimiento de este en 1914, siendo presumible que se hubiese acrecentado desde la muerte de la madre de nuestro protagonista, en 1909^{2,4}.

Rodrigo González Pinto se casó hacia 1920 con Candelaria López Díaz (1898-1994), natural de Ciempozuelos⁴, unió legalmente sus dos primeros apellidos²² y tuvieron diez hijos^{2,4}. Uno de ellos fue el mencionado Rodrigo González-Pinto López (1921-2014), nacido en Ciempozuelos^{3,23}, también psiquiatra, además de neurólogo y forense; que se casó con Asunción Arrillaga Ubarrechena (1925-2011), originaria de Hernani (Gipuzkoa)⁴ y con quien tuvo siete descendientes, dos de los cuales, Rodrigo (Bilbao, 1952-) y Ana M.^a González-Pinto Arrillaga (Bilbao, 1960-), nietos por tanto de nuestro protagonista, componen la cuarta generación de psiquiatras dentro de una saga familiar de numerosos facultativos extendida hasta nuestros días (Fig. 2)².

Estudios realizados

Rodrigo González Pinto realizó los estudios primarios en Ciempozuelos⁴ y el bachiller en el Instituto Cardenal Cisneros de Madrid, obteniendo este último título en 1910²⁴. Ese mismo año comenzó la licenciatura de Medicina y Cirugía en la Universidad Central de Madrid²⁵. Según la bibliografía que hemos consultado, muy probablemente le correspondió seguir el plan de estudios de Medicina de 1886²⁶, ya que tenía ser el vigente en 1910 porque el siguiente plan de estudios se implantó en 1928²⁷. En aquel entonces la carrera de Medicina constaba de un curso "Preparatorio", común a varias carreras y que había que seguir en la facultad de Ciencias. Además, había que superar un curso de lengua francesa y otro de lengua alemana antes de comenzar la licenciatura de Medicina y para obtener esta tenían que realizarse seis cursos escolares y un examen final, siendo preceptivo aprobar cuatro asignaturas más, al margen de leer la tesis, para alcanzar el grado de doctorado^{26,27}. Debido a que, como se verá, la Psiquiatría no comenzó a ser una asignatura universitaria autónoma en España hasta 1933, nuestro protagonista tuvo que estudiarla como parte de otras disciplinas, siendo lo habitual que en aquellos años se enseñase junto a la Neurología con el nombre común de "Neuropsiquiatría" (o el más oficial de "Neuropatías") dentro de la cátedra de Medicina Legal²⁸. No obstante, se caracterizaba por ser una asignatura "especial" y complementaria, pero no obligatoria para obtener el título de licenciado, por lo que incluso se realizaba para cumplimentar el doctorado²⁶⁻²⁸.

El catedrático y a la par director del denominado Instituto de Medicina Legal, Toxicología y Psiquiatría de Madrid, era Tomás Maestre Pérez (1857-1936)²⁹, con quien José Rodrigo González González, padre de Rodrigo González Pinto, había mantenido una relación personal a raíz de la mencionada epidemia de cólera de 1885, en la que ambos tuvieron actuaciones destacadas; y también tras un proceso judicial denominado "caso Semillán", seguido a finales del siglo XIX contra él y contra Benito Menni

por el tratamiento de una joven afecta de oligofrenia y epilepsia, donde Tomas Maestre Pérez realizó la autopsia de la paciente. Después del archivo inicial del caso y la posterior reapertura de este, los demandados fueron finalmente resarcidos tras de interponer y ganar una querrela en 1902³. Todo esto facilitó que Rodrigo González Pinto se relacionase con Tomás Maestre Pérez⁴, relación favorecida además porque era habitual que los alumnos de la facultad de Medicina acudiesen a realizar clases prácticas en el manicomio de Ciempozuelos^{3,9}. A modo de testimonio de esto último reseñamos en la bibliografía una película grabada en 1915, que recoge una de dichas clases impartida allí por el mencionado catedrático³⁰ y en la que los familiares de Rodrigo González Pinto creen reconocer la presencia de este⁴. Pero, al margen de los estudios que pudo realizar con Tomás Maestre Pérez, tuvo la oportunidad de aprender neurociencias bajo el magisterio de Nicolás Achúcarro Lund (1880-1918)³¹, quien dictaba entonces sus clases en el servicio de Patología General de Juan Madinaveitia Ortiz de Zárate (1861-1937) del hospital Provincial de Madrid, (entonces llamado también hospital General), y asimismo en la cátedra de Histología y Anatomía Patológica detentada por Santiago Ramón y Cajal (1852-1934) en la Facultad de Medicina²⁵. Aunque no hemos podido concretar las fechas, se ha señalado que Rodrigo González Pinto también participó con el equipo del premio Nobel en algunas investigaciones sobre histopatología cerebral^{1-3,32,33}, y como muestra de esta colaboración sus familiares conservan un artículo de Santiago Ramón y Cajal enviado a nuestro protagonista con una dedicatoria del autor (Fig. 3)⁴.

Durante el último año de la carrera fue uno de los primeros alumnos internos adscritos al servicio del profesor Gregorio Marañón Posadillo (1887-1960)³⁴ en el mencionado hospital Provincial, donde parece que investigó sobre la diabetes insípida^{1,3,32,35}; y también amplió estudios de Medicina Legal en la cátedra del profesor Maestre, en la cual años más tarde llegó a dar clases de Psiquiatría^{3,33,35}. Se licenció durante el curso académico 1916-1917, siéndole expedido oficialmente el título el 21 de agosto de 1917³⁶⁻³⁸. Posteriormente obtuvo el doctorado por la Universidad Central de Madrid, pero no hemos podido averiguar el año³⁹ y aunque también se reseña que realizó estudios de “Psicología Experimental” en la misma universidad, tampoco podemos especificar las fechas ni el lugar o la extensión de estos³⁹. En junio de 1921 fue subvencionado por la Orden de San Juan de Dios para visitar hospitales psiquiátricos europeos que pudieran servir de modelo en España^{9,40}, lo que le permitió ampliar su formación en los servicios de Emil Kraepelin (1856-1926) en Munich (Alemania) y de Eugen Bleuler (1857-1939) en Zurich (Suiza), lugares que entonces eran el epicentro mundial de la Psiquiatría^{1,32,33}.

Principal actividad asistencial psiquiátrica

En 1918 comenzó a trabajar oficialmente en hospital psiquiátrico de Ciempozuelos⁴¹ y en 1926 continuaba allí como médico interno del hospital de hombres²⁰. Al año siguiente publicó junto a Antonio Vallejo Nágera (1889-1960), entonces comandante médico y años más tarde catedrático de Psiquiatría en Madrid²⁸, un texto sobre sus experiencias clínicas con el uso de la malarioterapia en la llamada “Parálisis General Progresiva” (PGP) de la sífilis, firmando el trabajo como médico interno del sanatorio de San José para enfermos mentales de Ciempozuelos y como “médico auxiliar” de la Clínica Psiquiátrica Militar^{42,43}. Estos dos autores publicaron conjuntamente varios artículos sobre este tratamiento, considerándose a Antonio Vallejo Nágera el principal valedor en España del uso de la malarioterapia en la PGP en aquellos años⁴³ (ver Adenda*).

La mencionada Clínica Psiquiatría Militar era aneja al establecimiento psiquiátrico, tras un contrato firmado en 1920 entre el Ministerio del Ejército y la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios para crear en el manicomio de Ciempozuelos un servicio psiquiátrico dedicado a pacientes que perteneciesen al ejército, siendo común la colaboración entre los profesionales de ambas instituciones (Fig. 4). Desde 1923 estaba dirigida por Santos Rubiano Herrera (1871-1930) y en 1927 Antonio Vallejo Nágera era jefe clínico de la misma⁴⁴⁻⁴⁶. Debe tenerse en cuenta que la sanidad militar fue una institución relevante en la docencia y especialización en Psiquiatría desde muchos años antes de que esta llegase de manera autónoma a la universidad española, porque en 1911 se creó la primera enseñanza oficial de la asignatura de Psiquiatría en España dentro del plan de estudios de los oficiales médicos alumnos

de la Academia de Sanidad Militar. Y en 1924 esta institución organizó los cursos de especialidades entre sus oficiales médicos, nombrándose a la Clínica Militar de Ciempozuelos centro de enseñanza de la Neuropsiquiatría para el ámbito castrense^{45,46} y en cuyas actividades participó Rodrigo González Pinto (Fig. 4)⁴⁴.

En 1927 Rodrigo González Pinto realizó un capítulo en la "Memoria" del sanatorio San José¹⁸ publicada por el entonces director del establecimiento, Santos Rubiano Herrera⁴⁷, en el que figuraba todavía como médico interno, pero al año siguiente fue nombrado jefe de sección¹⁵.

Los directores médicos con quienes trabajó durante su etapa en el hospital de hombres de Ciempozuelos fueron Miguel Gayarre Espinal (1866-1936), quien parece que ejerció la dirección entre 1908 y 1918¹⁸; Antonio Fernández-Victorio Cociña (1867-1925), en el puesto desde 1918 hasta su muerte¹⁸ y finalmente Santos Rubiano Herrera, que fue director entre 1925 y su fallecimiento en 1930, compaginando el cargo con la jefatura de la Clínica Militar⁴⁵⁻⁴⁷. No obstante, debemos hacer la salvedad de que otro autor especifica que Miguel Gayarre dimitió en febrero de 1919 y que Antonio Fernández-Victorio tomó posesión del cargo el 7 de abril de 1919⁹ (Tabla I).

El antes mencionado sanatorio de mujeres, Sagrado Corazón de Jesús, dependió administrativamente del de hombres durante los primeros años, compartiendo cinco directores médicos: Deogracias González Montejano entre 1881 y 1885, José Rodrigo González González entre 1885 y 1903, Francisco Maraver Jiménez (¿-?) entre 1903 y 1908, Miguel Gayarre Espinal desde 1908 hasta 1918 y Antonio Fernández-Victorio Cociña entre 1918-1919^{3,7,16,18}; con la con la salvedad hecha al respecto de si Miguel Gayarre dimitió y fue sustituido en 1918 o en 1919⁹. En todo caso, a partir de 1919 y hasta 1936 el director del establecimiento fue José Miguel Sacristán Gutiérrez (1887-1957)⁴⁸, siendo la primera vez que se separaban las direcciones de hombres y de mujeres⁷ (Tabla I), aunque es lógico suponer que la comunicación y el trasiego entre profesionales de ambos centros fuese la tónica habitual.

José González Pinto, hermano de Rodrigo, comenzó a trabajar en este centro hacia 1921 como médico interno^{3,4}. En 1924 publicó, junto a J.M. Sacristán Gutiérrez, el primer artículo en España sobre la aplicación de las "curas de sueño" de Jakob Klaesi (1883-1980) a pacientes afectos de psicosis maniaco-depresiva⁴⁸ y más tarde llegó a alcanzar los cargos de jefe de sección y de subdirector del hospital de mujeres, pero fue "desplazado" de su puesto durante la Guerra Civil^{2,3,15}. Tras diversas intervenciones, el 9 de agosto de 1936 -con efectos desde el 5 de agosto y tras haberse incautado previamente del "Sanatorio Psiquiátrico de San José y del Manicomio de Señoras" de Ciempozuelos- el gobierno republicano publicó una orden por la que ponía al frente de ambos establecimientos al psiquiatra Dionisio Nieto Gómez (1908-1985), entonces delegado técnico interino de la Dirección General de Sanidad y más tarde exiliado tras la contienda civil^{15,49,50}. Escasas semanas después José González Pinto fallecería en trágicas circunstancias^{2-4,51}, con unos 40 años de edad^{1a}.

En junio de 1928 Rodrigo González Pinto se presentó a la oposición para la plaza de director del manicomio de Navarra, ganada por Pedro Álvarez Nouvilas (1893-1977)⁵², que había sido el segundo médico militar que realizó la especialidad en la Clínica Militar de Ciempozuelos, después de Ricardo Murillo Úbeda (1888-?)^{45,46}. Rodrigo González Pinto obtuvo el tercer puesto, tras José María Aldama Truchuelo (1900-1970)⁵². Al año siguiente, en 1929, ganó la plaza de jefe de la sala de hombres del sanatorio psiquiátrico de "Santa Águeda", ubicado en el municipio guipuzcoano de Mondragón, aunque fijó su residencia en Bilbao y estableció una consulta privada en la calle Marqués del Puerto².

1 ^aSus familiares refieren que unos milicianos republicanos lo "pasearon" en dos ocasiones, junto a otros trabajadores del hospital a los que finalmente fusilaron, aunque él fue liberado las dos veces. En ambas mostraba signos de intoxicación aguda compatibles con la ingesta de altas dosis de fenobarbital y en la segunda ocasión, el 3 de septiembre de 1936, pudo volver a su domicilio pero falleció en la madrugada del día 4; constando en su partida de defunción que presentaba signos de toxicidad neurológica.

El sanatorio de Santa Águeda era originalmente un balneario termal construido en 1825^{3,16} y enclavado en el valle guipuzcoano de Gesalibar, centro geográfico de las tres provincias vascas, que resultó tristemente famoso porque allí fue asesinado, en agosto de 1897 y a manos de un anarquista italiano, el entonces presidente del Consejo de Ministros del Gobierno español, Antonio Cánovas del Castillo (1828-1897)^{16,53,54}. El padre Benito Menni compró la propiedad al año siguiente del magnicidio, en la cual inauguró un sanatorio psiquiátrico el 1 de junio de 1899^{3,6}.

Un autor hace referencia a que un "González Pinto" aparece como primer director facultativo del "centro psicogeriátrico" de Santa Águeda de Mondragón, en 1898⁵². No hemos encontrado más referencias a este nombramiento pero creemos que se trata de un error, debido a que el primer varón de la saga familiar apellidado "González Pinto" es nuestro protagonista (Fig. 2) y en dicho año aún era un niño. Sin embargo, quizás el apunte se refiera en realidad a su padre, José Rodrigo González González, ya que al llamarse ambos "Rodrigo" y ser "González" *el primer apellido de los dos*, han existido confusiones en varias ocasiones, descritas también con el hijo psiquiatra de nuestro biografiado, a su vez llamado "Rodrigo" y apellidado "González-Pinto"²² (Fig.: 2). Como se ha mencionado, en aquella época José Rodrigo González González dirigía los dos hospitales de Ciempozuelos y era el psiquiatra español que más contacto tenía con el Padre Menni, por lo que tampoco nos extrañaría que, en el momento inicial de la constitución legal del sanatorio, figurase como director testimonial en los documentos alguien de la confianza del fundador y quizás esto diera origen al mencionado error.

Sean como fueren los inicios administrativos, nuestro propio protagonista^{41,55} y otros autores^{3,16,56} nos indican que el primer director oficial fue el vizcaíno Ricardo Añibarro Lángara (1857-1934). Según un artículo, Ricardo Añibarro Lángara se había licenciado en Medicina por Montpellier (Francia)¹⁶; pero según otros se licenció en Madrid⁵⁶ y quien hizo la carrera en Francia fue su padre, también médico^{3,56}, aunque él acudía con frecuencia al país gallo para continuar formándose³. Sin embargo, su bisnieta nos señala que realmente realizó la licenciatura en Zaragoza, donde fue alumno de Santiago Ramón y Cajal, y se doctoró en Madrid en 1895^{57,58}. Era entonces médico titular de Mondragón y en 1930, al año siguiente de llegar Rodrigo González Pinto a Santa Águeda, alcanzó el cargo de presidente de la Diputación de Gipuzkoa^{16,58}.

En la memoria que Ricardo Añibarro realizó del establecimiento en 1923, a propósito de las "bodas de plata" del centro, señala que el equipo médico del centro estaba compuesto por Ricardo Añibarro Langara como director, Julio Olarán Jáuregui (1886-1979) como subdirector, José Peña Garicano (1898-1961) como médico de sección y Félix Urbina (¿-?), como médico auxiliar⁵⁹. Ricardo Añibarro Langara fue director del hospital entre 1898 y 1925, siendo relevado en el puesto por su yerno, el doctor Julio Olarán Jáuregui, que ejerció el cargo entre 1925 y 1930^{3,41,55}.

Rodrigo González Pinto accedió a la dirección del hospital psiquiátrico de hombres en 1930, un año después de llegar a Mondragón y tras reorganizarse el equipo médico, que hasta entonces era único para las secciones de hombres y mujeres³. A partir del mes de marzo de 1930 el equipo facultativo propio de la sección de hombres quedó conformado por Rodrigo González Pinto como director, quién oficialmente tomó posesión el 5 de abril, Víctor Olano Llerregui (¿-?) y Luis Fernández Villanueva (¿-ca.1949) como jefes de sección, además de un tal "Gurría" como médico residente, siendo este último sustituido en 1931 por Luis Izaga Goicoecheandia (1906-?) como médico interno^{3,56}. Según la información del Colegio Oficial de Médicos de Gipuzkoa, Rodrigo González Pinto se colegió allí en abril de 1930⁶⁰, aunque parece que en octubre del mismo año figuraba como colegiado en Bizkaia².

A lo largo de los años el cuerpo médico global del hospital psiquiátrico de Santa Águeda -al margen de los facultativos que se ocupaban de la sección de mujeres- estuvo formado fundamentalmente por Atilano Feijoo Santos (1889-1978) al frente del laboratorio de análisis clínicos; Eusebio García Alonso (1890-1964) como cirujano general; Severino Achúcarro Lund (1893-?) como oftalmólogo; Gonzalo Bravo Pacheco (1898-1986) como otorrinolaringólogo; "Martínez Ubago" como odontólogo (creemos que muy probablemente se tratase de Luis Martínez de Ubago Milikua, 1904-1987); Ricardo Bueno Ituarte (1904-1956) como neurocirujano y el -años más tarde- catedrático de Anatomía Patológica,

Antonio Llombart Rodríguez (1905-1997), como histopatólogo^{3,56}. Rodrigo González-Pinto López señala que también colaboró como neurocirujano el doctor Vicente San Sebastián³. No especifica si se trata de Vicente San Sebastián Arana (1887-1979) o de su hijo Vicente San Sebastián Chamosa (1914-2000), ambos cirujanos, pero como Rodrigo González Pinto escribió en 1945 un texto sobre la cirugía de la epilepsia junto al segundo de ellos^{32,35} (ver Adenda*) pensamos que más probablemente se tratase de Vicente San Sebastián Chamosa.

En 1936, al llegar la Guerra Civil, Rodrigo González Pinto continuaba ejerciendo como director médico del hospital de hombres de Santa Águeda, mientras que el de mujeres estaba dirigido por José Peña Garicano⁶¹. Los principales psiquiatras del equipo de Rodrigo González Pinto seguían siendo Víctor Olano Llerogui y Luis Fernández Villanueva como jefes de sección, y Luis Izaga Goicoechea undia como médico residente⁵⁵; aunque este profesional es situado, en marzo de 1937 y en plena contienda bélica, como director facultativo en funciones -si bien durante apenas un mes- del hospital psiquiátrico San José de Ciempozuelos¹⁵. Al inicio de la contienda los hospitales de Santa Águeda estaban en territorio controlado por el ejército republicano, permaneciendo así hasta el 21 de abril de 1937, aunque en varias ocasiones los centros se encontraron en mitad del frente de batalla^{3,61}. Durante ese período se quedó como director de facto de los dos establecimientos y con más de mil pacientes a su cargo el Dr. Víctor Olano Llerogui, entonces subdirector del de hombres^{3,56}. En aquel tiempo existieron detenciones y encarcelamientos de los trabajadores del hospital por parte de ambos bandos, al margen de que los enfermos padecieron intensas penurias al dificultar la contienda la llegada de alimentos y medicinas^{3,56,61}; situación que fue denunciada por Rodrigo González Pinto ante la Cruz Roja Internacional, con sede en Ginebra³.

En junio de 1937 se instaló en el hospital de hombres una Clínica Militar Psiquiátrica, que inicialmente englobaba dos servicios: uno para enfermos psíquicos del ejército franquista y otra para prisioneros de guerra^{3,61}. El primero de ellos estaba dirigido por Luis Fernández Villanueva, más tarde ayudado por el psiquiatra catalán José María Pigem Serra (1911-ca.1998), mientras que el servicio de prisioneros de guerra estaba a cargo de Rodrigo González Pinto. En la Clínica colaboraron también varios religiosos de la Orden de San Juan de Dios y allí comenzaron a utilizarse las entonces recientes terapias del "Cardiazol"® y de los "comas insulínicos"^{33,56,62-64}. Un trabajo señala que los prisioneros ingresados en el establecimiento procedían mayoritariamente de Cataluña, Levante y Aragón y que los meses de máxima ocupación de la Clínica fueron entre enero y abril de 1940, con una media de 132 enfermos mentales⁶⁵. Esta misma autora indica que en septiembre de 1941 los únicos siete enfermos psiquiátricos que estaban ingresados en el servicio fueron enviados a los manicomios de Zaragoza, Huesca, Cádiz y Logroño, con lo que quedó vacío el centro, aunque no dispone de datos para conocer si esto supuso su clausura como hospital para prisioneros psiquiátricos de guerra⁶⁵.

En agosto de 1938, aún no finalizada la Guerra Civil pero ya ocupado el País Vasco por el ejército franquista, Rodrigo González Pinto fue militarizado, siendo "asimilado" al cargo de teniente médico por orden gubernativa de la Subsecretaría del Ejército y quedando a disposición de la jefatura de los servicios sanitarios de la Sexta Región Militar⁶⁶. Justo al finalizar la contienda, la plantilla de psiquiatras de Santa Águeda se completó con el médico interno de Jesús Echeverría Urrutia (ca.1907-1957), quien ocupó un puesto que quedó libre tras el fallecimiento en accidente de uno de los médicos del hospital de mujeres. Sin embargo, durante algunos años trabajó también como médico agregado del hospital de hombres, aunque más tarde fuera nombrado jefe de sección del de mujeres⁶¹.

En abril de 1948 Rodrigo González Pinto ganó la jefatura de los Servicios de Higiene Mental y Toxicomanías del Instituto Provincial de Sanidad de Vizcaya, con sede en Bilbao⁶⁷; en la misma oposición en la que, por ejemplo, obtuvieron la plaza homóloga de Alicante el insigne psiquiatra Luis Valenciano Gayá (1905-1985)⁶⁸ y la de Cádiz el entonces catedrático de Medicina Legal y Toxicología de aquella facultad de Medicina, Eduardo Guija Morales (1904-1966)⁶⁹. El puesto que consiguió Rodrigo González Pinto había surgido inicialmente en junio 1943, tras instalarse el mes anterior los llamados Dispensarios de Higiene Mental dentro de los Institutos de Higiene y a las órdenes del jefe provincial de Sanidad correspondiente⁷⁰. Según lo especificado en el decreto, el objetivo nuclear de su implantación era el tratamiento ambulatorio de las esquizofrenias en los primeros seis meses de la enfermedad⁷¹.

El mismo año en que ganó el concurso, 1948, continuaba siendo director del sanatorio psiquiátrico de Santa Águeda y mantenía su equipo principal de colaboradores⁵⁶. Al año siguiente falleció Luis Fernández Villanueva, siendo nombrado Luis Izaga Goicoecheaundia jefe de sección. Este último profesional alcanzó finalmente la dirección del hospital de mujeres entre 1961-1970, a la par que mantenía el puesto de director del "Sanatorio Psiquiátrico Provincial" de Vitoria^{63,72}.

Un autor indica que Rodrigo González Pinto se jubiló en el hospital psiquiátrico de Mondragón en 1963¹. Hemos encontrado que desde 1963 y hasta 1979 el director médico fue el neurólogo y psiquiatra Domingo de Guzmán Rodríguez ¿Díaz? (¿-?)⁷³, lo que refrenda que en aquel año nuestro protagonista había cesado en el cargo de la dirección de Santa Águeda.

Docencia universitaria en la Facultad de Medicina de la Universidad Vasca

En octubre de 1933 se ocupó oficialmente la primera cátedra universitaria de Psiquiatría en España, tras la fundación de la Universidad Autónoma de Barcelona el 7 de septiembre del mismo año⁷⁴. La "Neuropsiquiatría" dejó de enseñarse en la cátedra de Medicina Legal, para escindirse de manera autónoma en dos: una de Neurología, otorgada a Belarmino Rodríguez Arias (1895-1997)⁷⁵ y otra de Psiquiatría, detentada por Emilio Mira López (1896-1964)^{28,75-77} como profesor "agregado" por votación unánime del claustro. Emilio Mira López ejerció esta plaza desde el 4-10-1933 hasta el 18-8-1936, siendo luego nombrado profesor "extraordinario" de la Facultad de Medicina de Barcelona desde el 19 de agosto de 1936, ya en plena Guerra Civil⁷⁶. Abandonó esta ciudad el 25 de enero de 1939, camino del exilio, extinguiéndose con ello su docencia en Cataluña⁷⁷.

Paralelamente, la cátedra de Psiquiatría de la Universidad Central de Madrid fue creada por orden del Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes el 12 de julio de 1933⁷⁸, publicándose el 24 de noviembre de 1933 las bases del concurso para acceder a la primera oposición libre de una cátedra universitaria española de Psiquiatría⁷⁹. Sin embargo, finalmente se tuvieron que realizar un total de seis convocatorias y tres tipos distintos de concurso (oposición, traslado y extraordinario)²⁸, para tardar prácticamente catorce años en nombrarse el primer catedrático numerario de la especialidad, Antonio Vallejo Nágera⁸⁰, en febrero de 1947⁸¹.

Tras la creación de las cátedras de Madrid y Barcelona, en resto del Estado no fue hasta febrero de 1936 cuando, con la reforma de los planes de estudio de las facultades de Medicina españolas, la Psiquiatría se convirtió oficialmente en una asignatura independiente, adscrita al sexto curso de la carrera⁸². Pero la Guerra Civil impidió el desarrollo práctico de la normativa, con la única excepción de la Facultad de Medicina de la Universidad Vasca, en la cual y, de manera análoga a la de Barcelona, también se desarrolló la docencia de las asignaturas de Psicología Médica y Psiquiatría, si bien de manera mucho más breve.

Esta facultad de Medicina se creó en plena guerra, publicándose sus bases principales en noviembre de 1936⁸³, al mes siguiente de haberse aprobado el Estatuto de Autonomía del País Vasco⁸⁴⁻⁸⁶. Desde diciembre de 1936 se instaló en el bilbaíno hospital de Basurto y las mencionadas asignaturas fueron ubicadas en el sexto curso de la licenciatura^{83,86}. El 22 de noviembre se había convocado un concurso de méritos para nombrar al profesorado⁸³ y el 18 de diciembre de 1936, a través de la comisión creada para poner en marcha la facultad, el entonces consejero de Justicia y Cultura del Gobierno Vasco, Jesús María de Leizaola Sánchez (1896-1989), ratificó a Rodrigo González Pinto como encargado de la docencia oficial de las asignaturas de Psicología Médica y de Psiquiatría^{86,87}. Resultó ser, por tanto, el primer profesor de estas materias en la Universidad Vasca y muy probablemente el segundo encargado oficialmente de las mismas en el ámbito universitario nacional, tras la cátedra de Emilio Mira López en Barcelona²⁸. Por ello, no es de extrañar que Rodrigo González Pinto elaborase el programa de sus asignaturas tomando como modelo el realizado por el psiquiatra catalán⁸⁶. Se estableció que para

el curso 1936-1937 el profesorado tendría el carácter de nombramiento "temporal", con la idea de realizar posteriormente un concurso para proceder a cubrir las plazas de manera definitiva⁸³. Pero la Universidad cerró sus puertas en junio de 1937, tras conquistar las tropas franquistas la ciudad de Bilbao y derogarse el Estatuto de Autonomía del País Vasco^{86,88}.

Su facultad de Medicina no se reabrió hasta más de treinta años después, en 1968, siendo entonces Rodrigo González-Pinto López -hijo de nuestro protagonista- el primer profesor encargado de la asignatura de Psicología Médica, sustituido posteriormente por José Guimón Ugartechea (1943-2016), quien acabó logrando la primera cátedra de Psiquiatría en esta universidad en 1981^{2,3,28}. Cuarenta años más tarde, en 2021, Ana M.^a González-Pinto Arrillaga, nieta del biografiado, cerró el círculo familiar al ganar esta misma cátedra⁸⁹.

En julio de 1937, Rodrigo González Pinto fue juzgado en Bilbao junto a otros diez médicos que habían prestado sus servicios en instituciones del Gobierno Vasco; pidiéndose para ellos penas entre 6 y 12 años de cárcel, aunque él fue finalmente indultado^{2,3,35,90}. Su hijo ha referido que también fue procesado por haber denunciado, en plena Guerra Civil española y ante la Cruz Roja Internacional, las condiciones en las que se encontraban los internos del hospital psiquiátrico de Mondragón, como se ha mencionado³.

Actividad en Psicología

En 1931 Rodrigo González Pinto había sido nombrado, paralelamente a su cargo en Santa Águeda, responsable de los servicios psiquiátricos y psicológicos de la Casa Reformatorio del Salvador, sita en Amurrio (Álava)^{2,3,23,37,39}; establecimiento instituido hacia 1920 y regido por la congregación de los "Terciarios Capuchinos" como complemento necesario para el funcionamiento del "Tribunal de Menores" de Bilbao, para el que también trabajó Rodrigo González Pinto³³. Además de ejercer la docencia en el "Centro de Estudios Psicopedagógicos" de la mencionada institución³⁹ convirtió a la misma en un centro piloto de la tutela en los reformatorios españoles^{23,33,91,92}, ya que allí formó un equipo con el que desarrolló la adaptación y divulgación de diversas pruebas psicológicas, lo cual resultó innovador para la época^{2,93-95}. En un contexto similar trabajó años más tarde en el "Centro para Niñas Inadaptadas" de Santurce (Vizcaya), dependiente del Consejo Superior de Protección de Menores del Ministerio de Justicia y cuya organización estaba dirigida por la congregación del "Amor Misericordioso". Allí tuvo como colaborador, a partir de 1958 y poco después de crearse el centro, a su hijo Rodrigo González-Pinto López y más tardíamente también ejerció como psicóloga una de sus nietas, Asunción González-Pinto Arrillaga^{2,4,23,39}.

En relación con el desarrollo oficial de la Psicología clínica en España debe destacarse que, en junio de 1953, se publicó un decreto en el BOE por el cual se creaba una Escuela de Psicología y Psicotecnia en la Universidad de Madrid⁹⁶, germen de lo que con el paso de los años sería la licenciatura universitaria de Psicología en España.

Tras diversas normativas legales el 13 de noviembre de 1954 se celebró el acto de inauguración de la Escuela³⁹, siendo su director el sacerdote guipuzcoano Juan Zaragüeta Bengoechea (1883-1974)⁹⁷. Tan solo dos días después, José Germain Cebrián (1897-1986)^{98,99}, psiquiatra de reconocido prestigio desde la II República española, entonces presidente de la Sociedad Española de Psicología y vicedirector de la junta directiva de la Escuela³⁹, dirigió al rector de la Universidad de Madrid una carta en la que planteaba el problema de que los estudiantes que realizasen el programa de la Escuela tendrían una titulación oficial de la cual, sin embargo, no disponían los profesionales de la Psicología de mayor trayectoria profesional, incluyendo sobre todo a los propios directivos y profesores de la institución. En síntesis, el objetivo era que se instaurase un mecanismo extraordinario para dotar de una titulación oficial a estos profesionales³⁹ y por ello, el 17 de julio de 1957 se publicó un decreto en el BOE sobre las medidas transitorias para la expedición del "Diploma" y el "Certificado" de Psicología de la Escuela de Psicología y Psicotecnia de la Universidad de Madrid¹⁰⁰. Este decreto proponía la posibilidad de solicitar la titulación a las personas

que hubieran ejercido alguna actividad profesional en el campo de la Psicología durante un plazo mínimo de cinco años anteriores a la fecha del decreto y reuniesen además determinados requisitos. Entre estos estaba poseer el título de "Licenciado en Facultad Universitaria", o el de "Ingeniero por algunas de las Escuelas Especiales" u otro equivalente cuando se tratase del "Diploma"; o bien el de "Bachiller", "Maestro", "Perito Industrial" u otro equivalente si se aspiraba al "Certificado". Tras ello, un tribunal designado por el Ministerio de Educación Nacional procedería a estudiar las solicitudes presentadas y elevaría al rectorado de la Universidad de Madrid las propuestas oportunas¹⁰⁰.

El 26 de octubre de 1957 el jefe de sección de Universidades del Ministerio de Educación Nacional remitió al tribunal la lista de las 192 solicitudes finalmente admitidas. Entre ellas se encontraba la de nuestro protagonista, pero también la de numerosos profesionales que llegaron ser figuras relevantes de la Psiquiatría española, entre ellos: José María Villacián Rebollo (1898-1972), Ramón Rey Ardid (1903-1988), Luis Rojas Ballesteros (1905-1974), Agustín Serrate Torrente (1911-1986), Jesusa Pertejo Seseña (1920-2007), Francisco Alonso Fernández (1924-2020), Ricardo Pons Bartran (1925-1998), Delfí Abella Gibert (1925-2007), Enrique González Monclús (1926-2016), Carles Ballús Pascual (1928-2021), Juan Coderch Sans (1930-), José María Costa Molinari (1932-2011), Luis Valenciano Gayá o el propio José Germain Cebrián³⁹. Sin embargo, no todos ellos obtuvieron de entrada el título solicitado, aprobándose la concesión del "Diploma" a ochenta y dos de los solicitantes, cuyos nombres pueden consultarse tanto en el BOE de 2 de mayo de 1959¹⁰¹ como en el detallado trabajo realizado por J. Bandrés y A. Montero³⁹; publicaciones en las que se señala que Rodrigo González Pinto fue uno de los que lo consiguió, convirtiéndose así en uno de los primeros profesionales con una titulación oficial de Psicología en nuestro país.

Otros aspectos profesionales

En los archivos del Ministerio de Cultura figura una ficha de Rodrigo González Pinto, sin fecha pero que imaginamos situada en la inmediata posguerra civil, ya que se señala en la misma que había extendido un certificado médico a favor de un condenado a muerte por el "Tribunal Popular de Bilbao"¹⁰². En el documento se reseñan sus cargos de profesor de la "Facultad de Medicina de Euzkadi" y "Director Técnico del Sanatorio Psiquiátrico de Santa Águeda", a la par que el de "Médico agregado del Santo Hospital de Basurto". Creemos que quizás este último puesto fuera inherente al nombramiento como profesor de la facultad de Medicina, dado que esta se encontraba instalada entonces en el hospital de Basurto; aunque ni la bibliografía utilizada sobre este periodo^{83,86,87}, ni en ningún otro lugar, hemos encontrado más referencias a esta cuestión.

En junio de 1955 nuestro protagonista obtuvo una plaza en Bilbao como especialista en "Neuropsiquiatría" del entonces llamado Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE), tras celebrarse el concurso convocado por la Dirección General de Previsión para la provincia de Vizcaya¹⁰³, de acuerdo con la ley por la que se creó el SOE en nuestro país en 1942¹⁰⁴.

Rodrigo González Pinto resulto elegido presidente de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao (ACMB) entre 1951 y 1953^{25,105,106}. Asimismo, en 1950, fue uno de los 27 socios fundadores y vocal de la primera junta directiva de la Sociedad de Neuropsiquiatría Infantil; años más tarde llamada Asociación Española de Psiquiatría Infanto-juvenil (AEPIJ) y finalmente Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente (AEPNYA)^{107,108}. También hemos encontrado una referencia a que fue miembro de "Real Academia de Medicina de Las Palmas", pero ninguna otra reseña sobre este dato¹⁰⁹.

Realizó diversas contribuciones a congresos y reuniones nacionales de la especialidad. En la V Asamblea de la Liga Española de Higiene Mental, organizada en el contexto de la 6ª Reunión de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN) en 1932, en Granada¹¹⁰ y presidida por Wenceslao López Albo (1889-1944)¹¹¹ presentó, junto a Ramón Sarró Burbano (1900-1993)¹¹² -quien en 1950 alcanzaría la cátedra de Psiquiatría de Barcelona-, una ponencia titulada *Régimen de los manicomios privados que albergan enfermos de beneficencia*^{33,48,110,113} (véase Adenda*)

En el Congreso de Neurología y Psiquiatría, organizado en 1942 por la naciente y efímera Sociedad Española de Neurología y Psiquiatría¹¹³, presidido por Juan José López Ibor (1906-1991)¹¹⁵ y celebrado en Barcelona, presentó dos comunicaciones a la ponencia "Psiquiatría de guerra", tituladas *Psicosis de guerra* y *Las formas más frecuentes de psicosis situacionales en prisioneros de guerra*; esta última en colaboración con Luis Fernández Villanueva^{48,62,114,116}. Además, desarrolló otras dos comunicaciones, en esta ocasión a la ponencia denominada "Los nuevos tratamientos en psiquiatría", tituladas *Nuestra experiencia en el empleo del Cardiazol y de la insulina en las psicosis* y *Complicaciones más comúnmente observadas en los tratamientos de Cardiazol e insulina*, las cuales estaban realizadas en colaboración con sus compañeros del hospital de Mondragón^{62,114,117} (véase Adenda*). También fue vocal de la junta directiva de la AEN en los congresos de esta asociación celebrados en Valencia (1950)¹¹⁸, presidido por Antonio Vallejo Nágera⁸⁰ y en Santiago de Compostela (1952)¹¹⁸, presidido por Román Alberca Lorente (1903-1967)¹¹⁹.

Más tarde, en el celebrado en Salamanca en 1957¹¹⁸ y presidido por Federico Soto Yarritu (1906-1989)¹²⁰, codirigió una ponencia junto a Luis Folch Camarasa (1913-1999), José María Samsó Dies (¿-?) y José Vila Badó (1924-1996), titulada *Los factores influyentes en la delincuencia infantil*, en la que los dos últimos autores aportaron investigaciones sobre el uso del electroencefalograma en las posibles causas etiológicas de la delincuencia infantil^{108,118}.

Rodrigo González Pinto se jubiló del resto de sus actividades profesionales hacia 1968, aunque no hemos encontrado referencias a las fechas concretas del cese en cada una de las instituciones en las que trabajaba^{2,4}. Falleció en Bilbao, el 15 de febrero de 1974^{2,32,35}, siendo reconocido honorariamente por la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios^{2,3}.

Agradecimiento

Los autores quieren expresar su agradecimiento a los hermanos González-Pinto Arrillaga por la numerosa información facilitada sobre sus familiares, parte de la cual no se recoge en la bibliografía utilizada. También agradecemos a D. Juan Gondra Rezola, miembro de la sección de Historia de la ACMB y autor de un amplio estudio sobre la saga familiar de nuestro biografiado², los datos sobre varios de los profesionales reseñados en el texto.

Contacto

Sonsoles Pacheco Larrucea ✉ SONSOLES.PACHECOLARRUCEA@osakidetza.eus
Hospital de Basurto. Osakidetza-Servicio Vasco de Salud. Bilbao

Bibliografía

1. Erkoreka A. *Rodrigo González Pinto*. En: Biografías. Real Academia de la Historia. Diccionario Biográfico electrónico (DB~e). 2018. En: <https://dbe.rah.es/biografias/28325/rodrigo-gonzalez-pinto>
2. Gondra Rezola J. *González-Pinto*. En: Sagas Médicas de Bizkaia. Bilbao: Colegio Oficial de Médicos de Bizkaia. 2020; pp.: 236-258. En: <https://www.cmb.eus/sagas-medicas-de-bizkaia>
3. González-Pinto López R. *La renovación de la asistencia psiquiátrica en España. Benito Menni y su primer médico alienista* (Prólogo de José Guimón Ugartechea). Colegio de Psiquiatras Eméritos. Conciencia histórica de la Psiquiatría. Quinta entrega. Colección Delirema. Oviedo: HiFer Editor. 2015; pp.: 5-133.

4. Familia González-Pinto Arrillaga. *Comunicación personal a los autores*. Marzo-Diciembre de 2024.
5. González González R. *Memoria que sobre las locuras volitivas presenta el Licdo. en Medicina y Cirugía D. José Rodrigo González y González para aspirar a la investidura de doctor en esta facultad*. Tesis doctoral. Facultad de Medicina. Universidad Central de Madrid. 25 de junio de 1891. s/f en la web. Manuscrito firmado y digitalizado en: <https://patrimonioidigital.ucm.es/s/patrimonio/item/264457>
6. González Pinto R. *La obra hospitalaria en la asistencia a los enfermos mentales*. Madrid: Artes Gráficas Arges. 1950; pp.: 75-86.
7. López de Lerma J, Díaz M. *Historia del hospital psiquiátrico Sagrado Corazón de Jesús de Ciempozuelos, 1881-1989. Un siglo de Psiquiatría y de historia de España*. Madrid: Fareso, S.A. 1991; pp.: 115-117, 133-138, 150-151. 8-Real Academia Nacional de Medicina de España. *Documentación sobre premios y concursos. Sobre el concurso de premios de 1893/94*. Biblioteca Digital. Madrid, 6-II-1894. s/f en la web. Referencia en: <http://bibliotecavirtual.ranm.es/ranm/es/consulta/registro.do?control=RANME20161712444>
9. Acero Sáez C. *Historia del centro de San Juan de Dios*. En: Estudio de las variables que influyen en el diagnóstico de las enfermedades mentales a través de las historias clínicas de un hospital psiquiátrico. Tesis doctoral (Dir.: JR. Torregosa). Facultad de Ciencias Políticas y Sociología. Universidad Complutense de Madrid. 1997; pp.: 266-426. En: <https://docta.ucm.es/entities/publication/dff8593a-73bb-4a5a-b982-fbb62b325744>
10. Díaz Simón L. *El cólera de 1885 en Madrid: catástrofe sanitaria y conflicto social en la ciudad epidemiada*. En: VV.AA. Veinticinco años después. Avances en la Historia Social y Económica de Madrid. Grupo Taller de Historia Social. Madrid: Ediciones UAM. 2014; pp.: 463-482. En: https://www.researchgate.net/publication/312557212_El_colera_de_1885_en_Madrid_catastrofe_sanitaria_y_conflicto_social_en_la_ciudad_epidemiada#:~:text=En%201885%20Madrid%20sufrió%2C%20por,orden%20higiénico%2C%20social%20y%20político-
11. Anónimo. *Crónica* (datos referidos a 22 de septiembre de 1859). En: La España Médica y crónica de los hospitales. Año IV. N.º 199. Madrid: Imprenta de Manuel Álvarez. 1860; p.: 627. En: https://www.google.es/books/edition/La_España_médica/Fhp_nw7B5J0C?hl=es&gbpv=1&dq=Deogracias+González+Montejano+españa+medica&pg=PA627&printsec=frontcover
12. Gaceta de Madrid. *Administración de Justicia. Audiencias territoriales*. Madrid. Boletín de 18 de marzo de 1893. N.º 77; p.: 937. En: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1893/077/A00937-00939.pdf>
13. Gaceta de Madrid. *Pensiones de Montepío*. Boletín de 20 de julio de 1899. N.º 201; p.: 251. En: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1899/201/A00251-00251.pdf>
14. Aceña A, Muro A. *Geografía Médica de Ciempozuelos (Madrid)*. Madrid: Imprenta de J. Cosano. 1953; p.: 10.
15. Plumed Moreno C. *Herencia de la Guerra Civil Española al Hermano Eustaquio Hernández García O.H.* Archivo Hospitalario (Revista de la O. Hospitalaria de San Juan de Dios). 2005; 3: 473-511. En: http://sanjuandedios-fjc-org.b.iwith.org/mm/file/Portal%20Juandediano/30_Calixto_AH3.pdf
16. Pérez-Fernández F, Peñaranda-Ortega M.^a. *La situación de los Manicomios de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios a comienzos del Siglo XX. Un Estudio a través de los Boletines de la Revista Frenopática Española*. Revista de Historia de la Psicología; 2017, 38, 4: 38-52. En: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6975182>
17. Del Moral G. *Discurso pronunciado en la Diputación Provincial de Madrid, en sesión de 29 de enero de 1889, combatiendo el dictamen de la Comisión Inspector de los manicomios de San Baudilio y de Ciempozuelos*. Madrid: Escuela Tipográfica del Hospicio. 1889; pp.: 5-31. En: http://bibliotecavirtual.ranm.es/ranm/es/catalogo_imagenes/grupo.do?path=1000187
18. González Pinto R. *Labor médica desde la fundación*. En: Rubiano Herrera S. Sanatorio de San José para enfermos mentales (Ciempozuelos-Madrid) de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios. Memoria. Madrid: Imp. del Asilo de Huérfanos del S.C. de Jesús. 1927; pp.: 18-22. En: <http://bdh-rd.bne.es/viewer.vm?id=0000228587&page=1>

19. Villasante O. *Las instituciones psiquiátricas madrileñas en el período de entresiglos: asistencia pública frente a sanatorios privados*. Frenia. 2005; 5, 1: 69-99. En: <http://www.revistaaen.es/index.php/frenia/article/view/16416/16262>
20. Corres BM, R.P. *Historia del Sanatorio de San José de Ciempozuelos. Hermanos de San Juan de Dios. Escrita con ocasión de las bodas de oro. 1876-1926*. Madrid: Imp. del Asilo de Huérfanos del Sagrado Corazón de Jesús. 1926; pp.: 97-101.
21. Plumed Moreno C. *Benito Menni: aportaciones a la salud mental*. Archivo Hospitalario (Revista de la O. Hospitalaria de San Juan de Dios). 2015; 13: 210-326. En: <https://books.google.es/books?id=p96OCwAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false>
22. BOE. *Juzgados de Primera Instancia e Instrucción*. Bilbao. Boletín de 6 de marzo de 1949. Anexo único. N.º 65; p.: 527. En: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1949/065/C00526-00528.pdf>
23. González-Pinto López R. *Sociopsicopatología de la inadaptación juvenil*. Discurso para la recepción pública del Académico electo. Real Academia de Medicina de Bilbao. 17 de junio de 1975; pp.: 7-27. En: <https://ehmea-rampv.org/wp-content/uploads/2018/10/R-Gonzalez-Pinto.pdf>
24. Portal de Archivos Españoles (PARES). *Expediente para la expedición del título de bachiller de Rodrigo González Pinto, natural de Ciempozuelos (Madrid), alumno del Instituto General y Técnico del Cardenal Cisneros*. Ministerio de Cultura. Gobierno de España. s/f. En: <http://pares.mcu.es/ParesBusquedas20/catalogo/description/7267319>
25. González Pinto R. *Recuerdos personales del Dr. D. Nicolás de Achúcarro Lund*. En: VV. AA. Número extraordinario, dedicado al Dr. Nicolás Achúcarro con motivo del cincuentenario de su fallecimiento. Gaceta Médica del Norte. 1968; 18, 2: 169-173.
26. Gaceta de Madrid. *Decreto de 16 de septiembre sobre los estudios de la Facultad de Medicina*. Boletín de 19 de septiembre de 1886. N.º 262; pp.: 846-848. En: <https://www.boe.es/gazeta/dias/1886/09/19/pdfs/GMD-1886-262.pdf>
27. Ridruejo Martínez A. *La enseñanza de la Medicina en España. Planes de estudio (1843-1931)*. Tesis doctoral (Dir.: J. Riera). Facultad de Medicina. Universidad de Valladolid. 1979. Resumen y conclusiones publicados en el Boletín de la Institución Fernán González. 1979; 193: 365-385. En: <https://riubu.ubu.es/handle/10259.4/1860>
28. Pacheco S, Consiglieri A, Villasante O, Medrano J, Rahmani R, Markez I y cols. *Hace ya algún tiempo: Las primeras cátedras universitarias de Psiquiatría españolas. Desde la II República al inicio de la Democracia (1933-1977)*. Norte de salud mental. 2025; 20, 72: 109-130. En: https://www.aencatalunya.cat/images/Revista_Norte_72.pdf
29. Fernández Teijeiro JJ. *Algunas notas acerca de la "psicología positiva" del Dr. Tomás Maestre Pérez (1857-1936)*. Revista de Historia de la Psicología. 2012; 33, 3: 67-80. En: <https://journals.copmadrid.org/historia/art/8d9a0adb7c204239c9635426f35c9522>
30. InstitutodeMedicinaLegal,ToxicologíaYPsiquiatría.*ExcursiónescolarconelDr.Maestrealmanicomio de Ciempozuelos*. Película sin sonido. 7 minutos de duración. Facultad de Medicina. Universidad de Madrid. 1915. En: https://www.cienciatk.csic.es/Videos/EXCURSION+ESCOLAR+CON+EL+DR+MAESTRE+AL+MANICOMIO+DE+CIEMPOZUELOS%2C+1915_24963.html
31. Pacheco Yáñez L. *Nicolás Achúcarro Lund: Esbozo biográfico del primer neurocientífico vasco*. Gac Med Bilbao. 2020; 117, 4: 263-273. Disponible en: <http://www.gacetamedicabilbao.eus/index.php/gacetamedicabilbao/article/view/809/819>
32. Universidad Complutense de Madrid. *González Pinto, Rodrigo*. En: Médicos Históricos Españoles. Biblioteca. s/f. En: <https://medicoshistoricos.ucm.es/s/medes/item/834328>
33. Sarró Burbano R. *Discurso contestación*. En: González-Pinto López R. Sociopsicopatología de la inadaptación juvenil. Discurso para la recepción pública del Académico electo. Real Academia de Medicina de Bilbao. 17 de junio de 1975; pp.: 31-36. En: <https://ehmea-rampv.org/wp-content/uploads/2018/10/R-Gonzalez-Pinto.pdf>34-Prieto S. *Gregorio Marañón, 1887-1960. Medicina,*

- jerarquía, libertad*. Dendra Médica. Revista de Humanidades. 2010; 9, 2: 176-196. En: https://www.fundacionpfizer.org/sites/default/files/gregorio_maranon_1887_1960.pdf35-Granjel MS. González Pinto, Rodrigo. En: VV.AA. Diccionario histórico de médicos vascos. (L. Sánchez Granjel, Coord.). Bilbao: Universidad del País Vasco. Seminario de Historia de la Medicina Vasca. 1993; pp.: 87-88.
36. Anónimo. *Fiesta de juventud. Los futuros médicos*. España Médica. N.º 227. 10 de mayo de 1917; p.: 13. En: <https://hemerotecadigital.bne.es/hd/es/viewer?id=63168bed-aba8-48fb-a1bc-8570a2f36f3b&page=13>
37. Álvarez Sierra J. *González Pinto, Rodrigo*. En: Diccionario de autoridades médicas (Prólogo de Gregorio Maraón). Madrid: Editora Nacional. 1963; p.: 226.
38. BOE. *Universidad de Madrid. Secretaria General. Anuncio*. Boletín de 19 de abril de 1940. Anexo único. N.º 110; p.: 1966. En: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1940/110/C01961-01966.pdf>
39. Bandrés J, Montero A. *El diploma Germain. Los 82 primeros psicólogos españoles*. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos y Psicofundación. 2023; pp.: 7-286. En: <https://docta.ucm.es/rest/api/core/bitstreams/84032ad3-dd0a-4bd1-b480-6fd77e83f525/content>
40. Plumed Moreno CA. *La Orden Hospitalaria de San Juan de Dios y la asistencia a las personas con trastorno mental*. En: VV. AA. Ética y modelos de atención a las personas con trastorno mental grave. Madrid: Universidad Pontificia Comillas. Fundación Juan Ciudad. Colección Cátedra de Bioética, 21. 2013; pp.: 23-41.
41. Bueno M, González R. *Orden Hospitalaria de S. Juan de Dios. 1 de junio de 1898-1 de junio de 1948. Bodas de oro del Sanatorio Psiquiátrico de Santa Agueda*. Folleto impreso grapado. 1 de junio de 1948. Sanatorio Psiquiátrico de Santa Águeda. Mondragón (Guipúzcoa): Arte Bilbao. Sin paginar.
42. Vallejo A, González R. *Nuestra experiencia clínica sobre la Malarioterapia de la Parálisis General Progresiva. I Comunicación*. Madrid: Imprenta Sucesores de Enrique Teodoro. 1927. Foto de la portada disponible en: <https://crai.ub.edu/sites/default/files/exposicions/crai.medicina/malaria/n.05.jpg>
43. Villasante O. *Malaria therapy in Spain: 100 years after its introduction as a treatment for the general paralysis of the insane*. History of Psychiatry. 2020; 31, 3: 325-340. En: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0957154X20918824>
44. Martínez Azumendi O. *Con ocasión del centenario de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. Psiquifotos (Blog). 20 de abril de 2023. En: <http://www.psiquifotos.com/2023/04/460-con-ocasion-del-centenario-de-la.html>
45. Abejaro de Castro LF. *Historia de la Psiquiatría militar española (1800-1970)*. Tesis doctoral (Dir.: JL. Gerona). Facultad de Medicina. Universidad Complutense de Madrid. 1993; pp.: 98-238, 309. En: <https://eprints.ucm.es/id/eprint/2695/>
46. Abejaro de Castro LF. *Antecedentes históricos del Tribunal Psiquiátrico Militar, periodo 1924-1975*. En: VV. AA. De Tribunal Psiquiátrico Militar a Junta Médico-Pericial Psiquiátrica (1924-2024). Cien años de psiquiatría militar (LF. Hijazo y G. Ramirez, Cords.). Madrid: Imprenta Ministerio de Defensa. 2024; pp.: 126-203. En: <https://publicaciones.defensa.gob.es/de-tribunal-psiquiatrico-militar-a-junta-medico-pericial-psiquiatrica-1924-2024-cien-a-os-de-psiquiatria-militar-libros-pdf.html>
47. Rubiano Herrera S. *Sanatorio de San José para enfermos mentales (Ciempozuelos-Madrid) de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios. Memoria sobre el estado actual y la evolución del Sanatorio de San José para enfermos mentales de Ciempozuelos desde 1876, año de su fundación*. Madrid: Imp. del Asilo de Huérfanos del S.C. de Jesús. 1927; pp.: 7-17, 26-91. En: <http://bdh-rd.bne.es/viewer.vm?id=0000228587&page=1>
48. Pérez Gil S. *La aportación de José Miguel Sacristán (1887-1957) al desarrollo de la psiquiatría científica en España*. Tesis doctoral (Dir.: J. Lázaro). Departamento de Psiquiatría. Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de Madrid. 1999. Al margen de consultarse todo el texto para la figura de J.M. Sacristán, se han obtenido referencias bibliográficas sobre Rodrigo González Pinto

- de las páginas 440 y 445, y sobre José González Pinto en la página 254. En: <https://repositorio.uam.es/handle/10486/9801>
49. Gaceta de Madrid. Orden (rectificada) del Ministerio de Trabajo, Sanidad y Previsión nombrando a D. Dionisio Nieto Gómez Delegado técnico interino de la Dirección general de Sanidad al frente de los Establecimientos psiquiátricos de varones y mujeres de Ciempozuelos. Boletín de 9 de agosto de 1936. N.º 222; p.: 1164. En: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1936/222/B01164-01164.pdf>
 50. Sacristán C. *En defensa de un paradigma científico. El doble exilio de Dionisio Nieto en México, 1940-1985*. En: De la "Edad de Plata" al exilio. Construcción y "reconstrucción" de la Psiquiatría Española. (R. Campos, O. Villasante y R. Huertas, Eds.). Madrid: Frenia S.A. 2007; pp.: 327-346.
 51. Rodríguez Lesmes D. *Evadidos del Madrid soviético. Don José Navarrete, el conocido contratista de nuestros Frenocomios, a salvo de la furia roja*. Diario Palentino. 30 de noviembre de 1936. N.º 15.926; p.: 2. En: https://prensahistorica.mcu.es/es/catalogo_imagenes/grupo.do?path=1002675551
 52. Aztatrain Diez J. *El nacimiento y consolidación de la asistencia psiquiátrica en Navarra (1868-1954)*. Colección Temas de Historia de la Medicina. N.º 4. Pamplona: Departamento de Salud. Gobierno de Navarra. 2005; pp.: 171, 190. En: <http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/75A3F123-4396-4BDF-B487-299EF1C5EC36/146494/Asistenciapsiquiatrica.pdf>
 53. Anónimo. *Asesinato del señor Cánovas*. La Época. Últimos telegramas y noticias de la tarde. 8 de agosto de 1897. N.º 16.946; p.: 1. En: <https://hemerotecadigital.bne.es/hd/pdf?oid=0000626026>
 54. Seco Serrano C. *Antonio Cánovas del Castillo*. En: Biografías. Real Academia de la Historia. **Diccionario Biográfico electrónico** (DB~e). 2018. En: <https://dbe.rah.es/biografias/10457/antonio-canovas-del-castillo>
 55. González Pinto R. *Memoria que la Dirección técnica del "Sanatorio Psiquiátrico de Santa Águeda" presenta a la Dirección administrativa. 1930-1935*. Sanatorio Psiquiátrico de Santa Águeda. Mondragón (Guipúzcoa). Bilbao: Imp. La Editorial Vizcaína. Mayo 1936; pp.: 3-27.
 56. VV. AA. *Memoria histórica. Bodas de oro del sanatorio psiquiátrico del Sagrado Corazón de Jesús. 1898. 1 junio. 1948*. Santa Águeda (Mondragón). Palencia: Industrias Gráficas Diario-Día. 1950; pp.: 56, 109-135, 156-164.
 57. Añibarro Langara, R. *Significación clínica de la hipertermia* (en archivo digitalizado: "Significación clínica de la hipertensión"). Tesis de doctorado. Facultad de Medicina. Universidad Central de Madrid. 20 de mayo de 1895. s/f en la web. Manuscrito firmado y digitalizado en: <https://patrimoniodigital.ucm.es/s/patrimonio/item/230648>
 58. Olanar Múgica, MI. *Santiago Ramón y Cajal y Ricardo Añibarro Lángara*. Montejasso (Blog). 22 de marzo de 2021. En: <https://montejasso.blogspot.com/2021/03/santiago-ramon-y-cajal-y-un-recuerdo.html>
 59. De Añibarro R. *Santa Águeda en sus bodas de plata. 1898-1923*. Bilbao: JA de Lerchundi. 1923; p.: 46.
 60. Colegio Oficial de Médicos de Gipuzkoa (COMGI). *Comunicación por correo electrónico a los autores*. 17 de diciembre de 2024. La fecha exacta de colegiación de Rodrigo González Pinto fue el 25 de abril de 1930 y el número de colegiado: 202000495.
 61. Martínez Azumendi O. *Terapéutica psiquiátrica en los años 40 (III)*. Norte de Salud Mental. 2005; 22: 72-75. En: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4830257>
 62. Vázquez de la Torre Escalera P. *El manicomio nacional de Santa Isabel en Leganés durante la guerra civil española (1936-1939): Población manicomial y prácticas asistenciales*. Tesis Doctoral (Dir.: O. Villasante, R. Huertas y AL. González). Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Historia de la Ciencia. Facultad de Medicina. Universidad Complutense de Madrid. 2013; pp.: 38, 54, 77, 242-244, 246, 259-260, 265. En: <https://eprints.ucm.es/21076/>

63. VV. AA. *Hospital Aita Menni. 100 años de historia en Santa Águeda*. (JC. Aristorena y PP. Fernández, Coords.). Ed. Hospital Aita Menni. Donostia: Elkar. 1998; p.: 129.
64. Simón-Lorda D. *Psiquiatría en la Posguerra Española: Campos de Concentración, Batallones de Trabajadores y Manicomios. Algunos Datos e Historias desde Galicia*. En: *História Interdisciplinar da Loucura, Psiquiatria e Saúde Mental-XIII* (A. Leonor Pereira y Joao Rui Pita, Coords.). Coimbra: Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde-SHIS. 2023; pp.: 15-21.
65. Badiola Ariztimuño A. *La represión franquista en el País Vasco. Cárceles, campos de concentración y batallones de trabajadores en el comienzo de la posguerra*. Tesis doctoral (Dir. A. Egido). Departamento de Historia Contemporánea. Facultad de Geografía e Historia de la UNED. 2015; pp.: 232-233. En: <https://apidspace.linhd.uned.es/server/api/core/bitstreams/dac61ace-8b2d-4a26-bc6d-b2d3546ecec7/content>
66. BOE. *Subsecretaría del Ejército. Asimilaciones*. Boletín de 4 de agosto de 1938. N.º 35; p.: 550. En: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1938/035/A00550-00551.pdf>
67. BOE. *Orden de 21 de abril de 1948 por la que se nombra a los señores que se mencionan para proveer diversas plazas de Médicos encargados de los Servicios de Higiene Mental y Toxicomanías de los Institutos provinciales de Sanidad*. Boletín de 29 de abril de 1948. N.º 120; p.: 1592. En: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1948/120/A01592-01592.pdf>
68. Pacheco S, Rahmani R, Medrano J, Martínez O, Markez I, Pacheco L. *Hace ya algún tiempo: Luis Valenciano Gayá (1905-1985)*. Norte de salud mental. 2023; 19, 143-151. En: https://www.researchgate.net/publication/373949144_Hace_ya_algun_tiempo_Luis_Valenciano_Gaya_1905-1985
69. Carrillo JL. *La enseñanza de la Medicina Legal en Sevilla (1824-2006): nómina de catedráticos*. Cuadernos de Medicina Forense. 2005; 2, 42: 261-266. En: <https://scielo.isciii.es/pdf/cmfn42/revisiones.pdf>
70. BOE. *Orden de 14 de junio de 1943 por la que se crean Dispensarios de Higiene Mental en Madrid (Centro de Higiene de Vallecas), Barcelona, Valencia, Bilbao, Málaga, Jaén y Huelva en los respectivos Institutos de Higiene*. Boletín de 18 de junio de 1943. N.º 169; p.: 5891. En: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1943/169/A05891-05891.pdf>
71. BOE. *Decreto de 24 de mayo de 1943 por el que se aprueba la creación de Dispensarios de Higiene Mental*. Boletín de 11 de junio de 1943. N.º 162; p.: 5637. En: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1943/162/A05637-05637.pdf>
72. Anónimo. *Última hora*. Salud y Alegría. Otoño 1961; 7: 42.
73. VV. AA. *Hospital psiquiátrico San Juan de Dios de Mondragón. 100 años de historia*. (Hno. B. Ramos, Doc.). Hospital Psiquiátrico San Juan de Dios de Mondragón: Ed. Evagraf. 1999; p.: 81.
74. Gaceta de Madrid. *Estatuto de la Universidad Autónoma de Barcelona*. Boletín de 8 de septiembre de 1933. N.º 251; pp.: 1602-1605. En: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1933/251/A01602-01605.pdf>
75. Rodríguez Arias B. *Yo fui profesor titular de cátedra en la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Barcelona. 1933-1939*. Anales de Medicina y Cirugía. Reial Acadèmia de Medicina de Barcelona. 1978; 58, 251: 19-40. En: <https://raco.cat/index.php/AnalesMedicina/article/view/97855>
76. Mira M, Cortiñas A. *Dr. Emilio Mira y López. Información básica sobre su vida y obra*. Barcelona: Internet. Ed. electrónica. 2016; pp.: 12, 13, 70. En: <http://www.miraylopez.com/Libros/Mira%20y%20López.pdf>
77. Iruela LM. *Doctor Emilio Mira y López. La vida y la obra. Psiquiatría, psicología y armonía social*. Barcelona: Publicacions Universitat de Barcelona. Col·lecció Homenatges; 10. 1993; pp.: 37-102.
78. Gaceta de Madrid. *Este Ministerio, de conformidad con la propuesta que se formula en la expresada moción transcrita, ha resuelto sea creada en la Facultad de Medicina de Madrid una Cátedra de*

- Psiquiatría... Boletín de 12 de julio de 1933. N.º 193; p.: 262. En: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1933/193/A00262-00262.pdf>
79. Gaceta de Madrid. *Este Ministerio ha resuelto: 1.º Que la expresada Cátedra se provea por el turno de oposición libre...* Boletín de 24 de noviembre de 1933. N.º 328; p.: 1238. En: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1933/328/A01237-01238.pdf>
80. Huertas García-Alejo R. *Antonio Vallejo Nágera (1889-1960). Locura y fascismo*. En: Lafora-Vallejo Nágera-Garma. *Los médicos de la mente. De la neurología al psicoanálisis* (R. Huertas García-Alejo). Madrid: Nívola. 2002; pp.: 89-114.
81. BOE. *Orden de 25 de febrero de 1947 por la que se nombra Catedrático de la Universidad de Madrid a don Antonio Vallejo Nágera*. Boletín de 3 de marzo de 1947. N.º 62; pp.: 1534-1535. En: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1947/062/A01534-01535.pdf>
82. Gaceta de Madrid. *Las enseñanzas médicas son, quizá, las que necesitan más honda reforma, y se llega a ella después de un muy meditado estudio del plan de trabajo y del tiempo...* Boletín de 8 de febrero de 1936. N.º 39; pp.: 1180-1184. En: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1936/039/B01180-01184.pdf>
83. DOPV-EAE. *Orden. La cumplimentación y desarrollo del Decreto de 17 de noviembre de 1936 (DIARIO OFICIAL DEL PAÍS VASCO del 18), señalando el día 1.º de diciembre para la apertura de la Facultad de Medicina...* Boletín de 22 de noviembre de 1936. N.º 45; pp.: 362-364. En: http://80.245.2.206/bitstream/id/60491/b11274748_1936_11_22.PDF
84. Gaceta de Madrid. *LEY TITULO PRIMERO. Disposiciones generales. Artículo 1.º. Con arreglo a la Constitución de la República y al presente Estatuto, Alava, Guipúzcoa y Vizcaya se constituyen en región autónoma dentro del Estado español, adoptando la denominación de "País Vasco"*. Boletín de 7 de octubre de 1936. N.º 281; pp.: 211-281. En: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1936/281/B00211-00214.pdf>
85. Castells Artech JM. *La aplicación del Estatuto de octubre de 1936: La acción institucionalizadora del Gobierno Vasco*. Iura Vasconiae. 2013; 10: 491-513. En: <https://www.revistaiuravasconiae.eu/es/content/10-iura-vasconiae-491-513-la-aplicación-del-estatuto-de-octubre-de-1936-la-acción>
86. Granjel, M. *La Facultad de Medicina de 1936*. En: VV. AA. *Estampas históricas de la medicina vasca*. Cuadernos de Sección. Ciencias Médicas 2. Donostia: Eusko Ikaskuntza. 1992; pp.: 33-48. En: <https://core.ac.uk/download/pdf/11502702.pdf>
87. DOPV-EAE. *A propuesta del Tribunal calificador del concurso para la provisión del profesorado temporal de la Facultad de Medicina de Euzkadi, con el refrendo de la Junta Universitaria... nombro profesores de la citada Facultad a los señores siguientes...* Boletín de 18 de diciembre de 1936. N.º 71; pp.: 581-582. En: https://liburutegibiltegi.bizkaia.eu/bitstream/id/60585/b11274748_1936_12_18.PDF
88. BOE (Burgos). *Gobierno del Estado. Decreto Ley*. Boletín de 24 de junio de 1937. N.º 247; p.: 2042. En: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1937/247/A02042-02042.pdf>
89. BOE. *Resolución de 9 de abril de 2021, de la Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea, por la que se nombra Catedrática de Universidad, con plaza vinculada, a doña Ana María González Pinto Arrillaga*. Boletín de 23 de abril de 2021. N.º 97; p.: 46480. En: <https://www.boe.es/boe/dias/2021/04/23/pdfs/BOE-A-2021-6478.pdf>
90. Egaña I. *Los crímenes de Franco en Euskal Herria. 1936-1940*. Tafalla (Navarra): Ed. Txalaparta. Altaffaylla. 2009; p.: 222.
91. Dávila P, Uribe-Etxeberria A, Zabaleta I. *La protección infantil y los tribunales tutelares de menores en el País Vasco*. Historia de la educación: Revista interuniversitaria. 1991; 10: 227-252. En: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=87461>
92. Sánchez V, Guijarro T, Sanz Y. *La observación psicológica en los tribunales para niños en España (1889-1975) (I) Los terciarios capuchinos y la psicología*. Revista de la AEN. 2004; 92: 113-129. En: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352004000400007

93. González Pinto R. *Test de Szondi*. En: *¿VV. AA?: Tests psicométricos y proyectivos*. Al servicio de Psiquiatras, Forenses, Psicólogos, Pedagogos, Juristas, sociólogos, etc. Centro de Estudios Psicopedagógicos de la Casa Reformatorio del Salvador de Amurrio (Álava). España. Vitoria: Editorial Católica. 1957; pp.: 1-54.
94. González Pinto R. *Psicodiagnóstico de Rorschach*. En *¿VV. AA?: Tests psicométricos y proyectivos*. Al servicio de Psiquiatras, Forenses, Psicólogos, Pedagogos, Juristas, sociólogos, etc. Centro de Estudios Psicopedagógicos de la Casa Reformatorio del Salvador de Amurrio (Álava). España. Vitoria: Editorial Católica. 1957; pp.: 75-104.
95. González Pinto R. *Test de apercepción temática (T.A.T) o test de Murray*. En *¿VV. AA?: Tests psicométricos y proyectivos*. Al servicio de Psiquiatras, Forenses, Psicólogos, Pedagogos, Juristas, sociólogos, etc. Centro de Estudios Psicopedagógicos de la Casa Reformatorio del Salvador de Amurrio (Álava). España. Vitoria: Editorial Católica. 1957; pp.: 105-119.
96. BOE. *Decreto de 29 de mayo de 1953 por el que se crea una Escuela de Psicología y Psicotecnia en la Universidad de Madrid*. Boletín de 14 de junio de 1953. N.º 165; p.: 3627. En: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1953/165/A03627-03627.pdf>
97. García-Alandete J. *Ciencia y metafísica en la psicología neoescolástica de Juan Zaragüeta Bengoechea (1883-1974)*. Espiritu: cuadernos del Instituto Filosófico de Balmesiana. 2021; 162: 339-371. En: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8340902>
98. Germain J. *José Germain: Autobiografía (I)*. Revista de Historia de la Psicología. 1980; 1,1: 7-32. En: <https://journals.copmadrid.org/historia/art/05f971b5ec196b8c65b75d2ef8267331>
99. Germain J. *José Germain: Autobiografía (II)*. Revista de Historia de la Psicología. 1980; 1,2: 139-170. En: <https://journals.copmadrid.org/historia/art/b5b41fac0361d157d9673ecb926af5ae>
100. BOE. *Decreto de 14 de junio de 1957 por el que se establecen medidas transitorias para la expedición del Certificado y Diploma de Psicología...* Boletín de 17 de julio de 1957. N.º 183; pp.: 3228-3229. En: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1957/183/B03228-03229.pdf>
101. BOE. *Anuncio de la Escuela de Psicología y Psicotecnia de la Universidad de Madrid por el que se transcribe relación de señores a los que se les conceden diplomas extraordinarios*. Boletín de 2 de mayo de 1959. N.º 105; pp.: 6505-6506. En: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1959/105/A06505-06506.pdf>
102. Portal de Archivos Españoles (PARES). *Ficha de Rodrigo González Pinto*. Ministerio de Cultura. Gobierno de España. s/f. En: <http://pares.mcu.es/ParesBusquedas20/catalogo/show/10457842?nm>
103. BOE. *Dirección General de Previsión. Resolviendo concurso para nombramientos definitivos de especialistas del Seguro Obligatorio de Enfermedad en la provincia de Vizcaya*. Boletín de 24 de junio de 1955. N.º 175; pp.: 3802-3803. En: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1955/175/A03802-03804.pdf>
104. BOE. *Ley de 14 de diciembre de 1942 por la que se crea el seguro obligatorio de enfermedad*. Boletín de 27 de diciembre de 1942. N.º 361; pp.: 10592-10597. En: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1942/361/A10592-10597.pdf>
105. Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. *Presidentes de Honor*. En: Historia de la Academia. Web oficial de la ACMB. s/f. En: <https://www.acmbilbao.org/la-academia/historia-de-la-academia/>
106. Larrosa JM. *Historia de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao*. En: VV. AA. Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Libro conmemorativo del 75 aniversario de su Fundación. Bilbao. 1970 (ACMB, Ed.) Bilbao: Imp. Elexpuru Hermanos. 1971; pp.: 9-22.
107. Gastaminza X. *1950-2015: 65 años de existencia de la AEPNYA. Nota breve histórica*. Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil. 2015; 32, 4: 181-182. En: <https://www.aepnya.eu/index.php/revistaaepnya/article/view/87/74>

108. Mardomingo MJ, Rodríguez P, Gastaminza X. *Historia de la Asociación Española de Psiquiatría del niño y del adolescente (AEPNyA)*. Revista de psiquiatría infanto-juvenil. 2020; 37, 2: 7-22. En: <https://www.aepnya.eu/index.php/revistaepnya/issue/view/51/32>
109. Monge Muley G. *González Pinto, don Rodrigo*. En: Médicos de España e Hispanoamérica. Diccionario biográfico médico mundial. Barcelona (no figura editorial). 1958; p.: 338.
110. Lázaro J. *Historia de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (1924-1999). Primera etapa (1924-1936). La formación*. Revista de la AEN. 2000; 20, 75: 397-442. En: <http://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/15705/15564>
111. Zarranz JJ. *Wenceslao López Albo: precursor de la neurología en Bilbao*. Neurosciences and History. 2019; 7, 3: 83-96. En: https://nah.sen.es/vmfiles/vol7/NAHV7N3201983_96ES.pdf
112. Díaz-Rubio García M. *Ramón Sarró Burbano*. Real Academia de la Historia. **Diccionario Biográfico electrónico** (DB~e). 2018. En: <https://dbe.rah.es/biografias/21575/ramon-sarro-burbano>
113. Huertas R. *Mental health and psychiatric care in the Second Spanish Republic*. History of Psychiatry. 1998; 9, 33: 51-64. En: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0957154X9800903305>
114. Huertas R. *En los inicios de la psiquiatría franquista. El Congreso Nacional de Neurología y Psiquiatría (Barcelona, 1942)*. Dynamis. 2017, 37, 1: 23-43. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0211-95362017000100002
115. López-Ibor Aliño JJ. *Juan José López Ibor*. Actas Esp Psiquiatr. 2007; 35, 4: 279-281. En: <https://actapsiquiatría.es/index.php/actas/article/download/894/1431/1455>
116. Doménech E, Corbella J. *La psiquiatría en la guerra de España: análisis de tres textos*. Comunicación presentada al Seminario de Historia de la Psiquiatría española. Valencia, 29-30 de abril de 1983. En: VV. AA. Bases históricas de la Psiquiatría catalana moderna (E. Doménech, J. Corbella, D. Parellada, Eds.). Barcelona: PPU, SA. 1987; pp.: 381-391. En: <https://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/11719>
117. Conseglieri A. *La introducción de nuevas medidas terapéuticas: entre la Laborterapia y el Electroshock en el manicomio de Santa Isabel*. Frenia. 2008; 8: 131-160. En: <http://www.revistaaen.es/index.php/frenia/article/view/16458/16303>
118. Lázaro J. *Historia de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (1924-1999). Segunda etapa (1940-1977). El desarrollo*. Revista de la AEN. 2000; 20, 75: 443-472. En: <http://revistaaen.es/index.php/aen/article/view/15706/15565>
119. Fernández E, Herrero MT. *Vida y obra del Profesor Dr. D. Román Alberca Lorente*. Neurosciences and History. 2021; 9, 3: 93-118. En: https://nah.sen.es/vmfiles/vol9/NAHV9N3202193_118ES.pdf
120. Gil Sotres P. *Federico Soto Yarritu*. Real Academia de la Historia. **Diccionario Biográfico electrónico** (DB~e). 2018. En: <https://dbe.rah.es/biografias/36012/federico-soto-yarritu>

*Adenda: Referencias a otras publicaciones de Rodrigo González Pinto

- González Pinto R. *Sobre la reforma de los manicomios españoles*. Siglo Med. 1921; 68: 470-471. [Citado por Rey A, Jordá E, Dualde F, Bertolín JM. *Tres siglos de Psiquiatría en España (1736-1975)*. Estudios de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. N.º 33. Madrid: AEN. 2006; p.: 163].
- Vallejo A, González R. *Treinta meses de experiencia malarioterápica de la parálisis general*. Anales de la Academia Médico-Quirúrgica Española. Sesión 12 de diciembre de 1927. Madrid: Imp. Gráfica Universal. 1928; pp.: 184-221. [Citado por Villasante O. 2020⁴³].
- Vallejo A, González R. *Resultados del método de Wagner von Jauregg en la Parálisis General*. Revista Española de Medicina y Cirugía. 1928; 1: 3-8. [Citado por Vallejo Nágera A. *El tratamiento de la*

- parálisis general y otras neurosífilis*. Barcelona: Editorial Labor S. A. 1929; p.: 153, y por Rey A, Jordá E, Dualde F, Bertolín JM. *Tres siglos de Psiquiatría en España (1736-1975)*. Estudios de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. N.º 33. Madrid: AEN. 2006; p.: 353].
- Vallejo A, González R. *Sobre el tratamiento malarioterápico de la parálisis general*. La Medicina Ibera. 1928; 531, 2: 29-33. 1928. [Citado por Vallejo Nágera A. *El tratamiento de la parálisis general y otras neurosífilis*. Barcelona: Editorial Labor S. A. 1929; p.: 153, y por Rey A, Jordá E, Dualde F, Bertolín JM. *Tres siglos de Psiquiatría en España (1736-1975)*. Estudios de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. N.º 33. Madrid: AEN. 2006; p.: 353].
- Vallejo A, González R. *Ueber Malariabehandlung der progressiven Paralyse*. Deutsche Medizinische Wochenschrift. 1928; 54, 13: 521-522. En: <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/s-0028-1125153>
- Vallejo A, González R. *Nos experiences dans le traitement de la paralysie generale par l'impaludisation*. Monde Med. 1929; 39: 1050-1054. Resumen en: <https://www.biusante.parisdescartes.fr/histoire/medica/resultats/index.php?do=page&cote=130135x1930x01&p=186>
- Vallejo A, González R. *Paludización terapéutica en pacientes epilépticos*. Archivos de Neurobiología. 1930; 10, 1: 138-146. [Citado por Abejaro de Castro LF. 1993⁴⁵, por González Pinto R. 1936⁵⁵, por Consiglieri A. 2008¹¹⁷ y por Rey A, Jordá E, Dualde F, Bertolín JM. *Tres siglos de Psiquiatría en España (1736-1975)*. Estudios de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. N.º 33. Madrid: AEN. 2006; p.: 353].
- González Pinto R. *La curabilidad de las enfermedades mentales. Necesidad de creación de servicios psiquiátricos abiertos en los hospitales generales*. Revista Clínica de Bilbao (Gaceta Médica del Norte). 1931; 6, 5: 222-226.
- Vallejo A, González R. *Piretoterapia en las enfermedades del sistema nervioso*. Madrid: Imprenta Sucesores de Enrique Teodoro. 1931. [Citado por Erkoreka A. 2018¹].
- González Pinto R. *Los estados de mal epilépticos. Su tratamiento*. Revista Clínica de Bilbao (Gaceta Médica del Norte). 1931; 6: 118-? [Citado por Gondra J. 2020² y por González Pinto R. 1936⁵⁵].
- González Pinto R. *Esquizofrenia y esclerosis en placas*. Revista Clínica de Bilbao (Gaceta Médica del Norte). 1932; 7: 192-? [Citado por Gondra J. 2020² y por González Pinto R. 1936⁵⁵].
- González Pinto R. *Locura y delito*. Revista Clínica de Bilbao (Gaceta Médica del Norte). 1933; 8: 409-? [Citado por Gondra J. 2020²].
- Sarró R, G. Pinto R. *Régimen de los manicomios privados que albergan enfermos de beneficencia*. Archivos de Neurobiología. 1934; 14: 613-41 [Citado por Sarró Burbano R. 1975³³, por Pérez Gil S. 1999⁴⁸, por Lázaro J. 2000¹¹⁰ y por Huertas R. 1998¹¹³].
- González Pinto R. *Psicosis de guerra*. Actas Españolas de Neurología y Psiquiatría. 1942; 3,1-2: 133-144. [Citado por Pérez Gil S. 1999⁴⁸, por Vázquez de la Torre Escalera P. 2013⁶², por Huertas R. 2017¹¹⁴, por Doménech E, Corbella J. 1987¹¹⁶ y por Rey A, Jordá E, Dualde F, Bertolín JM. *Tres siglos de Psiquiatría en España (1736-1975)*. Estudios de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. N.º 33. Madrid: AEN. 2006; p.: 163].
- González R. Fernández L. *Las formas más frecuentes de psicosis situacionales en prisioneros de guerra*. Actas Españolas de Neurología y Psiquiatría. 1942; 3,1-2: 145-147. [Citado por Huertas R. 2017¹¹⁴, por Doménech E, Corbella J. 1987¹¹⁶ y por Rey A, Jordá E, Dualde F, Bertolín JM. *Tres siglos de Psiquiatría en España (1736-1975)*. Estudios de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. N.º 33. Madrid: AEN. 2006; p.: 163].
- González R, Fernández L, Olano V, Izaga L, Paredes N. *Nuestra experiencia en el empleo del cardiazol y de la insulina en las psicosis*. Actas Luso Españolas de Neurología y Psiquiatría. 1942; 3, 1-2: 203-9. [Citado por Vázquez de la Torre Escalera P. 2013⁶², por Huertas R. 2017¹¹⁴, por Consiglieri A. 2008¹¹⁷ y por Rey A, Jordá E, Dualde F, Bertolín JM. *Tres siglos de Psiquiatría en España (1736-1975)*. Estudios de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. N.º 33. Madrid: AEN. 2006; p.: 163].

González R, Izaga L. *Complicaciones más comúnmente observadas en los tratamientos de cardiazol e insulina*. Actas Luso Españolas de Neurología y Psiquiatría. 1942; 3, 209. [Citado por Vázquez de la Torre Escalera P. 2013⁶², por Conseglieri A. 2008¹⁷ y por Rey A, Jordá E, Dualde F, Bertolín JM. *Tres siglos de Psiquiatría en España (1736-1975)*. Estudios de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. N.º 33. Madrid: AEN. 2006; p.: 163].

González Pinto R. *Tratamiento de la esclerosis lateral amiotrófica mediante preparados de alfatocoferol*. Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr. 1943; 4: 94-5. [Citado por Rey A, Jordá E, Dualde F, Bertolín JM. *Tres siglos de Psiquiatría en España (1736-1975)*. Estudios de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. N.º 33. Madrid: AEN. 2006; p.: 163].

González R, Figuerido CA. *Necesidad de estudiar al individuo como persona. La psicología médica asignatura obligada en la carrera*. Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr. 1943; 4: 191-3. [Citado por Rey A, Jordá E, Dualde F, Bertolín JM. *Tres siglos de Psiquiatría en España (1736-1975)*. Estudios de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. N.º 33. Madrid: AEN. 2006; p.: 163].

González Pinto R. *La piroterapia en las enfermedad mentales*. Semana médica española. 1944; 277: 2-19. [Citado en Dialnet. 2001-2024]. Referencia en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4413357>

González Pinto R, San Sebastián Chamosa V. *Fundamentos y resultados de los tratamientos médicos y quirúrgicos actuales de la epilepsia*. Bilbao: Imprenta Editorial Moderna. 1945. [Citado por Universidad Complutense de Madrid. s/f³², por Granjel MS. 1993³⁵, por Subirana Oller A. *Actitud del neurólogo americano ante los problemas clínicos y sociales relacionados con la epilepsia*. Anales de Medicina y Cirugía. Real Academia de Medicina de Barcelona. Febrero de 1947: 70-87, y por Vallejo Nágera A. *Tratado de Psiquiatría*. 3ª ed. Barcelona: Salvat. 1954; p.: 466].

González Pinto R. *Tumor yustamedular cervical en un enfermo de edad avanzada (intervención seguida de curación total)*. Gaceta Médica del Norte. 1947; 13: 536-? [Citado por Gondra J. 2020²].

Vallejo A, González R, Vela del Campo L, Ortega C. *Valor terapéutico actual del absceso de fijación*. Actas Luso Españolas de Neurología y Psiquiatría. 1951; 10: 220-221. [Citado por Vázquez de la Torre Escalera P. 2013⁶²].

González Pinto R. *Use of several new medications in anxiety*. J Med Bord. 1957; 134, 10: 1185-9. (Article in French: *Utilité de quelques médicaments nouvelles de l'anxiété*). [Citado en PubMed. PMID: 13481514]. Referencia en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/13481514/>



En: <https://www.cmb.eus/sagas-medicas-de-bizkaia>

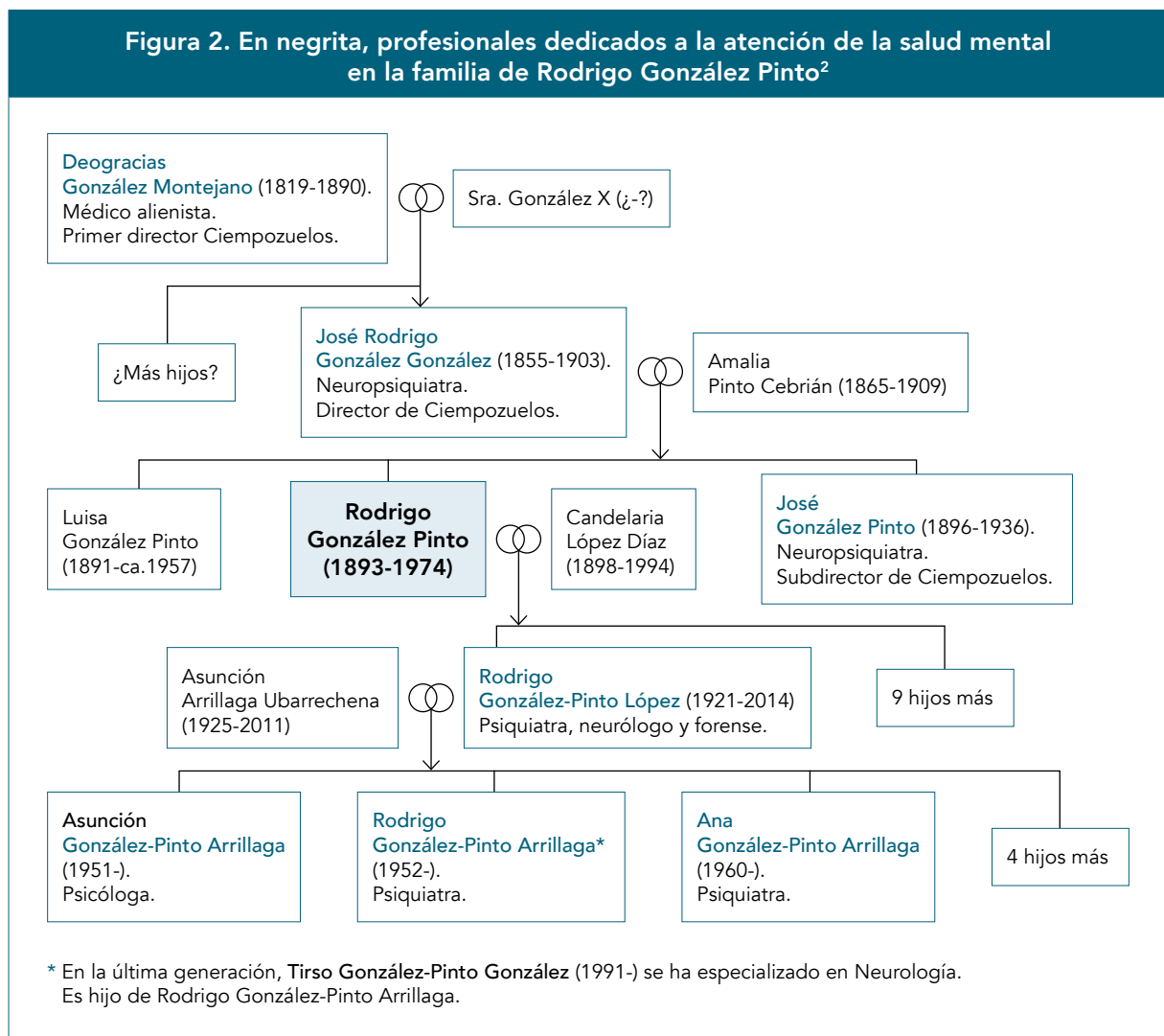
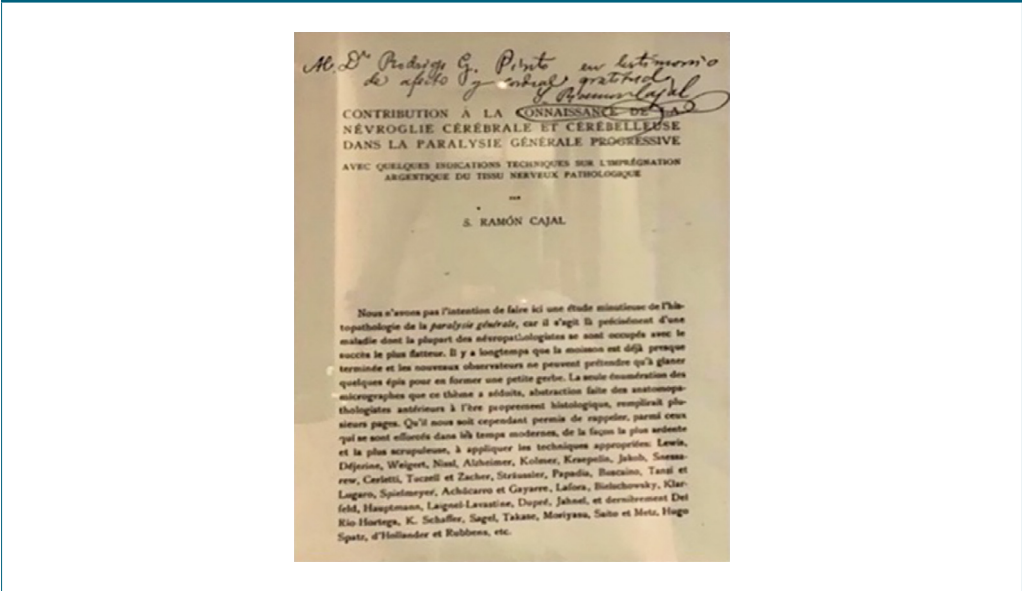


Figura 3. Portada del artículo "Contribution á la connaissance de la névroglie cérébrale et cérébelleuse dans la paralysie générale progressive". Trav. du Lab. de Rech. biol. 1925; 24: 157-216; escrito por Santiago Ramón y Cajal y enviado a Rodrigo González Pinto con una dedicatoria⁴



Accesible en: http://bibliotecavirtual.ranm.es/ranm/es/catalogo_imagenes/grupo.do?path=1000568

Figura 4: Visita al manicomio de Ciempozuelos (Madrid), con ocasión de la II Reunión Anual de la Asociación Española de Neuropsiquiatras (Madrid, 1927). Rodrigo González Pinto es el primero de la izquierda, con bata y sombrero. Imágenes del Arxiu Fotogràfic del Centre Excursionista de Catalunya. Obtenido de: Martínez Azumendi O. 202344



En: <http://www.psiquifotos.com/2023/04/460-con-ocasion-del-centenario-de-la.html>

Tabla I. Directores médicos de los hospitales de Ciempozuelos entre 1877 y 1930		
Años	Director	Hospitales
1877-1881	Deogracias González Montejano (1819-1890) ^a	Hombres
1881-1885	Deogracias González Montejano	Hombres y mujeres
1885-1903	José Rodrigo González González (1855-1903) ^b	Hombres y mujeres
1903-1908	Francisco Maraver Jiménez (¿-?)	Hombres y mujeres
1908-1918	Miguel Gayarre Espinal (1866-1936) ^c	Hombres y mujeres
1918-1919	Antonio Fernández-Victorio Cociña (1918-1925) ^c	Hombres y mujeres
1919-1925	Antonio Fernández-Victorio Cociña	Hombres
1919-1936	José Miguel Sacristán Gutiérrez (1887-1957)	Mujeres
1925-1930	Santos Rubiano Herrera (1871-1930)	Hombres

^a Abuelo paterno de Rodrigo González Pinto.

^b Padre de Rodrigo González Pinto.

^c Un autor señala que M. Gayarre dimitió en 1919 y que A. Fernández-Victorio le sustituyó en ese año y no en 1918⁹ (explicación en el texto).

- Recibido: 03/04/2025.
- Aceptado: 30/05/2025.

Valentín Corcés Pando (1943-2025).

El creativo y sólido reformador de la salud mental.

*Soy una abierta ventana que escucha,
por donde ver tenebrosa la vida.
Pero hay un rayo de sol en la lucha
que siempre deja la sombra vencida.*

Miguel Hernández.

Escribo este obituario consternado todavía por la noticia de la muerte de Valentín e inevitablemente se avivan los recuerdos de los que muchos de nosotros hemos compartido con él. Se nos ha ido una figura importante de la historia de la psiquiatría española y en particular de la Asociación Española de Neuropsiquiatría-Profesionales de la Salud Mental.

Valentín nació en Santiago de Chile en una familia de origen asturiano. Cuando tenía 3 años la familia regreso a España y tras la larga travesía por el Atlántico, cuando el barco entraba en el puerto de Barcelona Valentín le dijo a su madre "cuanta agua". Un buen resumen de su primera gran experiencia vital.

Su entrada en el campo de la salud mental fue por distintas puertas. Una el psicoanálisis, por los seminarios del Instituto Psicoanalítico Peña-Retama (Madrid), la psicopatología por los seminarios en el dispensario que tenía Castilla del Pino en Córdoba y la psiquiatría comunitaria durante sus dos estancias en Reino Unido, sobre todo en el Napsbury Hospital bajo la dirección de Dennis Scott. Este recorrido formativo le sirvió para apuntalar las tres bases sobre la que ha discurrido su quehacer profesional; el psicoanálisis, la psicopatología y la psiquiatría comunitaria.

Su inicio en el mundo asistencial comienza con la dirección del Hospital Psiquiátrico de Málaga. Un hospital con aires manicomiales. Era el periodo de la transición y todavía no había un marco referencial para el cambio de la atención de salud mental, pero Valentín miembro de la coordinadora psiquiátrica ya conocía el modelo de desinstitucionalización de Franco Basaglia y se propuso aplicarlo en Málaga. Tras esta experiencia pasará a finales de los setenta a la Dirección del Hospital Psiquiátrico Provincial de Madrid donde liderará un cambio del modelo asistencial. Tomo aquí unas palabras de Antonio Quirós¹, administrativo de ese Hospital, que describen como lo veían:

"A nivel médico, las cosas comenzaron a cambiar en uno de los episodios más apasionantes que me han tocado vivir. Al hospital llegó uno de los líderes reformadores a los que más he admirado en mi vida, el doctor Valentín Corcés Pando. Se trataba de un psiquiatra de edad madura que había completado su formación en el Reino Unido y que allí se había impregnado notoriamente de las características de la psiquiatría comunitaria tal como se practicaba en aquel país y que poco tenía que ver ya con la obsoleta situación que vivíamos en España. Valentín era un hombre con un propósito claro, reformar la atención psiquiátrica en España".

Tras estas experiencias profesionales participó en la creación del Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica que vio la luz en 1985, que ha marcado el devenir de la atención en salud mental del país y que ha servido de guía para la transformación de los servicios de salud mental de España. En su contenido se aprecian la influencia de las ideas de Basaglia sobre la superación de las instituciones psiquiátricas clásicas.

1 A. Quirós (2022). Hurgando en la memoria. <https://artedeprudencia.com/hurgando-en-la-memoria-felices-primeros-ochenta/>

En 1977 Valentín lideró el cambio, con reconocimiento unánime por este hecho, en la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Desde 1971 existía en España la “Coordinadora psiquiátrica” organización clandestina que agrupaba a psiquiatras jóvenes que luchábamos por un cambio radical de la atención en salud mental. En el Congreso de la AEN de 1973 en Valladolid promovimos un congreso paralelo para mostrar nuestra radical disconformidad con un discurso académico que ignoraba la realidad asistencial del país, hundida en la ineficacia, con ausencia de recursos y basada en las instituciones psiquiátricas clásicas donde se violentaban los DDHH de los asilados. En este contexto durante el Congreso de la AEN de 1977 en Sevilla, promovemos una candidatura consensuada y liderada por Valentín Corcés que gana las elecciones. La psiquiatría oficial lo vive como un terremoto ideológico y pone todos los obstáculos que puede. Uno de los más significativos fue impedir que la AEN tuviera representación en la Comisión Nacional de la Especialidad de Psiquiatría². Sin embargo, el cambio se iba a producir. Federico Menéndez ha relatado con vehemencia en varias reuniones de la AEN una situación llena de simbolismo y muy cinematográfica: el primer acto de esa nueva junta. El relato es sencillo consistió en un viaje de Madrid al hospital psiquiátrico de Mérida, de Valentín y mío como secretario de la AEN a recoger las cajas que contenían el patrimonio documental de la asociación y se decidió instaurar una sede central en Madrid en sustitución de las sedes itinerantes, que iban de hospital en hospital en cada congreso. Se terminaba aquel modelo casi feudal en que cada congreso se hacía en la ciudad donde iba a ser elegido el nuevo presidente que a su vez era el Director del Hospital Psiquiátrico o de la Cátedra de Psiquiatría del lugar y cuya junta estaba formada por parte de los psiquiatras de su equipo. Por lo tanto, cada dos años había un cambio en la ubicación de la sede.

Tras ese primer acto la Junta comenzó su trabajo con una programación amplia de actividades científicas, asociativas, de apoyo a las tímidas reformas en algunos centros y de denuncia de las situaciones donde la asistencia era deficitaria y/o se violaban los DDHH. Se produjo un paso trascendental al cambiar los estatutos para hacer la AEN multi-profesional. En todos estos procesos la creatividad y la solidez argumental de Valentín fueron decisivas y sobre todo su energía en el liderazgo.

Los últimos años sigo siendo muy activo y estuvo ilusionado con la programación de los seminarios en la Fundación Canis Majoris y con la dirección de los Anales de esta fundación, así como su participación en las actividades de IPPLE³. En el año 2024 publicó su último libro “Esquizofrenia: consagración, inoportunidad y vacuidad de un término” que refleja su amplia visión de este problema de salud mental. Seguía teniendo nuevos proyectos y solo queda decir que “murió con las botas puestas”.

Víctor Aparicio Basauri.

Psiquiatra (Asturias).

2 Hasta 1985 no se consiguió esta representación en la comisión nacional.

3 Instituto de psiquiatras y psicólogos de lengua española.



ACTUALIZACIONES



Cronicidad en salud mental radiografía y diagnóstico.

Elena Mª Rodríguez Seoane.

2025 • 286 págs.

ISBN: 978-84-9052-546-3

Esta obra constituye un análisis riguroso y multidimensional de la evolución de la atención en salud mental a través de una mirada que integra perspectivas históricas, técnicas, éticas y humanas, la autora invita a una reflexión crítica sobre el abordaje de la cronicidad en este ámbito. Con un texto caracterizado por una exposición clara y bien estructurada, respaldada por referencias actualizadas, permite comprender los orígenes de la asistencia a personas con trastornos mentales crónicos. En este marco, se revisa el desarrollo de la atención en salud mental en España desde el siglo XV hasta la actualidad, incorporando también antecedentes europeos significativos, especialmente aquellos relacionados con los hospitales de día y los centros de salud mental.

Se analizan los principales avances y desafíos del modelo asistencial contemporáneo, evaluando los recursos y dispositivos considerados más adecuados y eficaces para el tratamiento y manejo de las patologías mentales crónicas, e identificando aquellos aspectos susceptibles de mejora dentro del sistema de atención.

La autora enfatiza la importancia de la comunicación terapéutica y de los cuidados de enfermería visibilizando su labor en el abordaje de los trastornos mentales crónicos. En este contexto, presenta distintos modelos de intervención y programas terapéuticos, prestando especial atención a la atención sanitaria ofrecida en centros penitenciarios a personas con patología mental. Subraya el papel fundamental de los recursos del tercer sector, tanto públicos como privados, como elementos clave de apoyo y orientación, no solo para los profesionales sanitarios, sino también para los propios pacientes y sus familias, en función de sus necesidades particulares. La autora destaca, además, la relevancia de aquellas instituciones que, tanto históricamente como en la actualidad, han prestado servicios asistenciales en contextos donde el Estado o las entidades públicas no logran intervenir, trazando un breve recorrido por la evolución de estos apoyos, anteriormente denominados recursos sociosanitarios y actualmente conocidos como recursos del tercer sector.

Cabe destacar que esta obra no está dirigida exclusivamente a profesionales de la salud mental y la psiquiatría, sino que, utilizando el lenguaje adecuado, se orienta también al público general interesado en acercarse a estas disciplinas. En este sentido, pone de relieve la importancia del tipo de atención que puede recibirse en diversos dispositivos asistenciales –hospitales de día, centros de salud mental, instituciones penitenciarias o entornos sociosanitarios–, y promueve una comprensión más amplia y accesible del fenómeno de la cronicidad en salud mental.

Palabras clave: salud mental, cronicidad, cuidados de enfermería, tercer sector, modelos asistenciales, atención psiquiátrica, recursos sociosanitarios.

I.M.



Crónica de una sociedad intoxicada.

Joan-Ramon Laporte.

Península, 2024 • 640 págs.

ISBN-13: 978-84-11-00227-1

Joan-Ramon Laporte, referente de la farmacología clínica en el ámbito iberoamericano y voz crítica frente al marco regulatorio de los medicamentos de uso humano, presenta en *Crónica de una sociedad intoxicada* una obra de divulgación rigurosa, combativa y necesaria. Con un estilo directo y sustentado en décadas de experiencia, Laporte examina el entramado científico, comercial y político que ha llevado a la medicalización excesiva de nuestra sociedad. La estructura del libro, organizada en tres grandes bloques, permite una progresión coherente desde los fundamentos históricos de la terapéutica moderna –partiendo del concepto de “bala mágica” acuñado por Paul Ehrlich– hasta un análisis sistémico de los mecanismos que perpetúan una cultura del medicamento ajena a los principios fundamentales de salud pública.

En la primera parte (capítulos 1 a 10), el autor ofrece una mirada histórica y epistemológica de la farmacología, subrayando cómo los avances científicos –como el descubrimiento de la penicilina– se han visto progresivamente colonizados por intereses comerciales. Laporte reivindica aquí una visión crítica de los ensayos clínicos y denuncia cómo la investigación orientada al fármaco –y no al paciente– ha distorsionado las prioridades del conocimiento médico.

La segunda parte (capítulos 11 a 15), centrada en el análisis del gasto farmacéutico en España y otros países desarrollados, es un retrato preocupante de la sobremedicación, en particular en las poblaciones vulnerables –mujeres, personas mayores y clases sociales desfavorecidas–. Se presentan datos contundentes, entre los que cabe destacar que, en España, tres de cada diez personas consumen psicofármacos y en 2022 se emitieron más de mil millones de recetas médicas. Estos datos no solo ponen de manifiesto un verdadero problema de salud pública, sino también constituyen una señal de un sistema sanitario cada vez más dependiente de los medicamentos como único abordaje terapéutico de las enfermedades.

La tercera parte (capítulos 20 a 25) es, a mi juicio, la más provocadora. Laporte desenmascara las relaciones entre la industria farmacéutica, las agencias reguladoras de los medicamentos y los sistemas sanitarios. Expone, con claridad y valentía, cómo la lógica del beneficio económico ha pervertido los derechos de propiedad industrial –en particular, la regulación de las patentes y la excesiva duración de las mismas–, ha degradado la calidad de los ensayos clínicos –llegándose a dar publicidad, a través de revistas científicas, de investigaciones con resultados manipulados– y ha comprado la complicidad de actores clave –legisladores, sociedades médicas, reguladores; todos ellos podrían estar sujetos a conflictos de intereses con la industria farmacéutica–. La crítica se extiende también al papel pasivo de los Estados, que han cedido a la industria farmacéutica el control de la formación de los profesionales sanitarios, la información terapéutica y, en último término, la producción del conocimiento relativo a los medicamentos.

Uno de los grandes méritos de esta obra es la capacidad del autor en transformar los conceptos técnicos a un lenguaje accesible sin caer en simplificaciones. El glosario final y las notas bibliográficas cuidadosamente seleccionadas refuerzan la credibilidad del texto sin comprometer su tono divulgativo.

En conclusión, Laporte hace un llamado a la recuperación de la medicina científica, honesta y centrada en el paciente, como antídoto frente a la deriva tecnocrática y mercantil de la atención sanitaria. Reivindica, de este modo, una medicina más justa, más transparente y verdaderamente orientada a las necesidades de las personas.

Por todo lo expuesto, no cabe ninguna duda en que esta obra resulta imprescindible para profesionales sanitarios, investigadores, legisladores, reguladores y ciudadanía en general interesados en reflexionar sobre el uso racional de los medicamentos de uso humano.

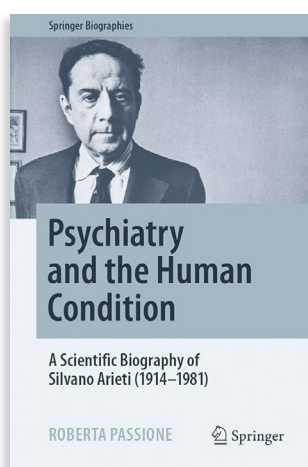
Alfonso Noguera Peña.

Dpto. de Farmacia Galénica y Tecnología Alimentaria • Universidad Complutense de Madrid.

Contacto

Alfonso Noguera Peña ☎ 913 286 783

Sector Foresta 37, 2º A • 28760 Tres Cantos (Madrid)



Ensayo biográfico

Psychiatry and the Human Condition: A Scientific Biography of Silvano Arieti (1914-1981)

Roberta Passione.

New York: Springer, 2022 • 192 págs.

ISBN: 978-3-031-09303-6

Permítame el/la lector/a una breve digresión autobiográfica antes de abordar esta reseña. Mi interés por la figura de Silvano Arieti (1914–1981) comenzó a cristalizar en 2014, año en que publiqué mi primer artículo en castellano sobre él¹, comparando las dos ediciones (1955 y 1974) de *Interpretation of Schizophrenia*^{2,3}. Ese mismo año, gracias a la invitación del Dr. Marco Bacciagaluppi, psiquiatra y amplio conocedor de la obra arietiana, presenté en Pisa –ciudad natal de Arieti– una comunicación oral⁴ con motivo del centenario de su nacimiento. Allí tuve ocasión de conocer a sus hijos James y David. James me confió material audiovisual inédito de su padre, con uso restringido a fines docentes e investigativos.

En 2016 publiqué un segundo artículo sobre Arieti en *The American Journal of Psychoanalysis*⁵, lo que generó gran interés en diversos círculos profesionales internacionales, incluidos los italianos, permitiéndome ello seguir profundizando en su legado. En 2019, doné a la Asociación Silvano Arieti, con sede en Pisa, una recopilación digitalizada de todos los artículos que Arieti publicó en vida. En



2020 apareció la biografía italiana escrita por Roberta Passione (*La forza delle idee. Silvano Arieti: una biografia (1914–1981)*)⁷, y en 2022 su versión inglesa, objeto de esta reseña, titulada *Psychiatry and the Human Condition: A Scientific Biography of Silvano Arieti (1914–1981)*⁸. De ambas ediciones conservo ejemplares dedicados por la autora. La obra de Passione, como ella misma señala en su prefacio, se apoya en el exhaustivo análisis del archivo personal de Arieti conservado en la Library of Congress de EE. UU. Su aproximación biográfica, de carácter íntimo y documental, encuentra inspiración en el texto que la segunda esposa de Arieti, Marianne Thompson, escribió en 1969⁹. Pero, veamos ahora en detalle, el contenido de este ensayo biográfico, comenzando para ello por el primer capítulo y siguiendo hasta el séptimo, en que concluye.

En el Capítulo 1 (“*Introduction*”) presenta a Arieti como un psiquiatra profundamente humanista, interesado en comprender tanto la normalidad como la psico(pato)logía humana, con especial énfasis en la esquizofrenia. Se rastrea su formación en Pisa, bajo el influjo de Giuseppe Ayala y Kurt Goldstein, así como su posterior desarrollo clínico e intelectual en EE. UU., donde Harry Stack Sullivan ejerció notable influencia en su pensamiento. En el Capítulo 2 (“*Castaway*”), se analiza su forzosa emigración a EE. UU. en 1939, motivada por su condición de judío sefardí y el auge del fascismo, aunque Arieti formó parte, paradójicamente, de la organización fascista universitaria. Passione retrata con sensibilidad su infancia y juventud, marcadas por su gran curiosidad intelectual, una imaginación viva y una temprana vocación médica. El Capítulo 3 (“*New World*”) narra sus años iniciales en EE. UU., sus investigaciones en neurobiología en Yale y su entrada en el William Alanson White Institute, tras ser rechazado por el New York Psychoanalytic Institute. Allí se formará con Janet Rioch y Frieda Fromm-Reichmann, desarrollando una concepción original de la esquizofrenia donde la cognición y el lenguaje juegan un papel central. En este capítulo se destacan las influencias de autores como Jurgen Ruesch, a quien el autor de esta reseña dedicó un artículo años atrás¹⁰.

El Capítulo 4 (“*Roots*”) se centra en la posición integradora de Arieti frente a las disputas entre los psicoanalistas freudianos (o convencionales) y no freudianos (“heterodoxos”) en el psicoanálisis estadounidense. Su papel como editor del *American Handbook of Psychiatry*¹¹ es presentado como reflejo de esta actitud inclusiva y conciliadora. Asimismo, se menciona su participación como perito a raíz del asesinato del presidente John F. Kennedy en el juicio a Jack Ruby en 1963 y su vínculo creciente con colegas italianos. Su libro *The Intrapsychic Self* (1967)¹², fruto de doce años de trabajo, es descrito como una obra compleja y de gran calado teórico. El Capítulo 5 (“*Horizons*”) detalla su proyección internacional, con conferencias en múltiples países, su defensa de una mayor apertura profesional para médicos extranjeros en EE. UU., y sus últimas grandes obras: *The Will to Be Human* (1972)¹³, donde confronta psicoanálisis y filosofía, y *Creativity: The Magic Synthesis* (1976)¹⁴, centrada en la naturaleza de la creatividad. En el Capítulo 6 (“*Landings*”), se contrastan sus ideas con las de Laing¹⁵ y Szasz¹⁶: de Laing adopta el concepto de inseguridad ontológica, pero rechaza la negación de la enfermedad mental propuesta por Szasz. También se evidencian los vínculos teóricos con Harold Searles, figura clave en su comprensión del paciente psicótico, al que quien escribe esta reseña ha dedicado dos artículos, uno en español¹⁷ y otro en inglés¹⁸. El Capítulo 7 (“*At the End of the Journey*”) aborda sus últimos años, marcados por el cáncer, pero también por su incansable actividad intelectual y docente. Su muerte en 1981 significó la pérdida de una figura singular, cuya obra –como aquí se sugiere– sigue teniendo mucho que ofrecer a los clínicos interesados en una psiquiatría rigurosa y humanista.

En resumen, la biografía de Passione es un trabajo sólido, erudito y conmovedor, que logra articular la dimensión profesional, intelectual y personal de Silvano Arieti. Su lectura invita a redescubrir una obra que desafía dicotomías estériles entre biología y psicodinámica, entre ciencia y humanismo. Quienes nos ocupamos de la psicopatología severa encontramos en Arieti no solo un pionero, sino también una guía para pensar y tratar con respeto y profundidad al sujeto psicótico doliente.

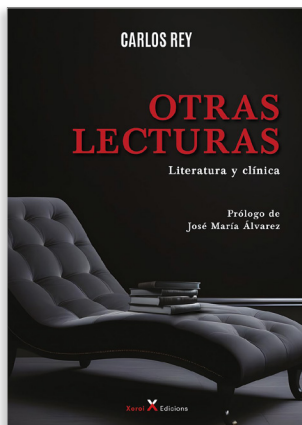
Francisco Balbuena Rivera.

Psicólogo y filósofo. Profesor contratado doctor • Universidad de Huelva.

Bibliografía

1. Balbuena Rivera, F. (2014a). *La interpretación psicoanalítica de la esquizofrenia de S. Arieti: un estudio comparativo de ambas ediciones (1955 y 1974)*. *Clínica e Investigación Relacional*, 8(1), 180-194.
2. Arieti, S. (1955). *Interpretation of Schizophrenia*. New York: Robert Brunner. [Existe versión en castellano: *La interpretación de la esquizofrenia* (1965), Barcelona: Editorial Labor].
3. Arieti, S. (1974). *Interpretation of Schizophrenia* (2ª ed.). New York: Basic Books.
4. Balbuena Rivera, F. (2014b). *Interpretation of Schizophrenia of S. Arieti: a brief comparative study of 1955 and 1974 editions*. Comunicación oral presentada en el 15th Joint Meeting OPIFER/AAPDP (Psychotherapy with challenging patients. Honoring the 100th anniversary of Silvano Arieti's birth), Pisa, Italia, 10–12, octubre.
5. Balbuena Rivera, F. (2016a). *The relevance of Arieti's work in the age of medication*. *The American Journal of Psychoanalysis*, 76(3), 266–280.
6. Balbuena Rivera, F. (2016b). *When Psychoanalysis Meets the Neurosciences: A Critique and a Vision*. Comunicación oral presentada en el 16th Joint Meeting OPIFER/AAPDP (Word, Symbol and Narrative between Psychoanalysis and the Neurosciences. In the footsteps of Silvano Arieti), Pistoia, Italia, 22–23 de octubre.
7. Passione, R. (2020). *La forza delle idee. Silvano Arieti: una biografia (1914–1981)*. Milano-Udine: Mimesis Edizioni.
8. Passione, R. (2022). *Psychiatry and the Human Condition: A Scientific Biography of Silvano Arieti (1914–1981)*. New York: Springer.
9. Thompson Arieti, M. (1969). *Silvano Arieti. A Profile*. Newsletter, Society of Medical Psychoanalysts, 11(3), 43–44.
10. Balbuena Rivera, F. (2018a). *In honor of Jurgen Ruesch: Remembering his work in psychiatry*. *International Journal of Social Psychiatry*, 64(2), 198–203.
11. Arieti, S. (Ed.) (1959–1966). *American Handbook of Psychiatry* (3 vols.). New York: Basic Books.
12. Arieti, S. (1967). *The Intrapsychic Self: Feeling, Cognition and Creativity in Health and Mental Illness*. New York: Basic Books.
13. Arieti, S. (1972). *The Will to Be Human*. New York: Quadrangle Books.
14. Arieti, S. (1976). *Creativity: The Magic Synthesis*. New York: Basic Books.
15. Laing, R. D. (1983). *El yo dividido: un estudio sobre la salud y la enfermedad*. México: Fondo de Cultura Económica. [Ed. original en inglés: 1960].
16. Szasz, T. S. (1968). *El mito de la enfermedad mental: Bases para una teoría de la conducta personal*. Buenos Aires: Amorrortu. [Ed. original en inglés: 1961].
17. Balbuena Rivera, F. (2016c). *¿Qué nos ha enseñado Harold F. Searles? Una revisión de su praxis clínica*. *Clínica e Investigación Relacional*, 10(1), 247-261.
18. Balbuena, F. (2018b). *Harold Searles: Lifelong work of a master clinician*. *American Journal of Psychoanalysis*, 78(3), 287–306.

Nota aclaratoria: Las referencias bibliográficas que mencionan a *Francisco Balbuena* y aquellas que citan a *Francisco Balbuena Rivera* corresponden al mismo autor. Esta precisión tiene como propósito garantizar la correcta atribución de las obras citadas y evitar posibles confusiones.



Otras lecturas. Literatura y Clínica.

Carlos Rey.

Xoroi X Edicions, 2024 • 490 págs.

ISBN: 978-84-128042-1-8

Otras lecturas. Literatura y clínica es una amplia colección de escritos sobre muchos libros y algunas películas. El caso es que estos textos tienen algo llamativo, una enjundia que salta a la vista de inmediato. A eso contribuye el hecho de que quien los escribe es un psicólogo clínico, un psicoanalista que mira la realidad desde la óptica del drama humano y escruta las desventuras que forman parte esencial de cualquiera de nosotros. Pero eso no es suficiente para perfilar el atractivo de esta publicación. De hecho, como los virus, los libros *psi* proliferan por doquier y se publican sin pudor de los editores ni rubor de los autores. Ese no es el caso de *Otras lecturas. Literatura y clínica*. Al contrario, estamos hablando de una obra lograda, de una contribución que honra a su autor y agradecen los lectores. Y todo ello, además de la mencionada posición clínica del autor, gracias a su calidad literaria, ingenio crítico y visión sistemática. Esos son los tres pilares que convierten los comentarios y reflexiones de Carlos Rey en un libro generoso y sugestivo. Porque no es nada sencillo hablar de destacados libros y películas relevantes y ser capaz de trasladar al lector algún rescoldo de esa valía sin que por el camino se extinga la gracia, sin que, como mínimo, alguna brizna de la pasión que a Carlos Rey se le despertó nos llegue a nosotros sin perderse en el trasiego.

Lector, escritor y clínico son tres características que aúna, desde hace décadas, el autor de esta obra. Ahora bien, que esas tres particularidades se den juntas es algo infrecuente. Y mucho más insólito es que se den en la actualidad, tan fragmentada en especialidades. El autor se ocupa, analiza y tuerca sobre cómo las cosas de siempre se manifiestan en el ahora y aquí. Y no es nada remilgado a la hora de manifestar su opinión ni mantenerse firme en su posición, a menudo comprometida e incómoda. Sin embargo, eso sí, lo hace con la pausa de quien ha pasado infinidad de horas leyendo, escribiendo y escuchando. Y eso se nota en las páginas de esta obra, donde el *tempo* acompaña la reflexión y facilita el entendimiento de asuntos sobre los que merece la pena detenerse y atreverse a pensar. Cuesta imaginar que se pueda escribir con esa cadencia y no ser un lector de largo recorrido. Eso se nota, cuando Carlos Rey comenta un libro, en la presentación que propone, en la síntesis que aporta, en las citas que transcribe, en la trabazón que teje con sus comentarios y en los flecos que extrae del mundo de la cultura y la clínica, con los que ilumina sus observaciones. Todos podemos garabatear y encadenar algunas palabras, pero escribir no es algo al alcance de todo el mundo. Eso ya salta a la vista, como decía Gabriel García Márquez, en el primer párrafo de un texto. El lector lo podrá comprobar en cada uno de los casi setenta artículos que componen esta obra. Y también podrá comprobar que no está al alcance de todo el mundo decir algo interesante, como sucede en esta obra, aunque se escriba mucho y se lea más.

Si hay algún denominador común en tan extenso repertorio de reflexiones y comentarios, ese sería la crítica al pensamiento único que domina el terruño *psi*. Ahora bien, no se trata de una de esas críticas audaces pero sin sustancia, de las que, al cabo de unos días, uno no recuerda ni de qué trataba. No, nada de eso. Al contrario, Carlos Rey se aplica en sus observaciones y argumentos, y

los hila con suavidad, testarudo e infatigable. A través de sus comentarios de novelas, ensayos y películas consigue dar forma a un *corpus* argumental que en sí mismo constituye una alternativa bien fundamentada al discurso hegemónico. Porque él –como muchos de quienes tomamos partido por *Otra clínica*– está convencido de que el lenguaje científico, en materia del alma, tiene sus limitaciones. De hecho, una de las citas que encabeza esta publicación es de Hermann Broch, cuando dice: «El acceso al alma del individuo siempre fue la literatura» (p. 9). Y unas cuantas páginas más adelante, se ratifica con parecido énfasis: «En el caso de que el pensamiento, la subjetividad y el inconsciente sean declarados oficialmente pura ficción, recurriremos a la literatura y allí nos encontraremos» (p. 159).

Literatura y clínica, como indica el subtítulo de esta obra, constituyen dos cordones que se entrecruzan con vistas a iluminar la enrevesada condición humana y favorecer la formación de una psicopatología cuyo centro esté ocupado por el sujeto, una psicopatología –escribe el autor– que «vuelva a ser clínica» (p. 418). A partir de esa articulación se enfocan algunos de los debates habituales de la clínica actual: la artificiosidad de las clasificaciones psiquiátricas, la inconsistencia de los DSM, el forzamiento de la ciencia biológica en su traslación al ámbito de la subjetividad, el abuso y mal uso de los psicofármacos, la improcedencia del TAI (tratamiento ambulatorio involuntario), etc.

Cuanto acabo de comentar se sintetiza en varios artículos que llevan por título «Ideas li(e)bres», los cuales recogen la filosofía del autor y proyectan una clínica con fundamento. Citando a José Bergamín, Rey da a entender que a las ideas, como a las liebres, hay que dejarlas correr y admirarlas por su desenvoltura, vigor y lozanía. Como a las liebres, a las ideas tampoco conviene atosigarlas y perseguirlas demasiado, para no agotarlas. Se trata, escribe el autor, de «reflexiones libres de polvo y paja porque son fruto de la experiencia profesional, y no de las intenciones, por buenas que sean. Y liebres porque van mucho más lejos que el discurso oficial; discurso que pretende ser dominante y enlentecer nuestro pensamiento y acción» (p. 229). A mi modo de ver, la metáfora de la liebre libre y la independencia del pensamiento aglutinan este conjunto de escritos, traten de libros, películas, piezas teatrales o asuntos propios de la profesión. Esas palabras son la carta de presentación del autor y el sello de calidad de la obra.

Escrito entre 2004 y 2023, el material que compila esta obra es suficientemente amplio como para que, dependiendo del momento en que lo leamos, hallemos más apetecible tal o cual contenido. Con motivo de escribir este prólogo y releer los textos, en esta ocasión he disfrutado especialmente de algunos comentarios clínicos sobre autores que han tenido a bien relatar su malestar. En este sentido, son maravillosas las observaciones sobre Siri Hustvedt, la histeria y el DSM; desgarradoras y verdaderas las que dedica a William Styron, y luminosas por igual las que diseccionan a Unica Zürn y Gérard de Nerval.

Ante la dificultad actual de publicar historiales clínicos, por motivos de secreto profesional, con frecuencia recurrimos a lo que narradores y dramaturgos escriben sobre ciertos personajes, porque ellos, como enfatizó Freud, son «profundos conocedores del alma humana»; en eso, Shakespeare y Dostoievski se llevan la palma. También echamos mano de lo que algunos creadores escriben sobre sí mismos y su propio *pathos*, y que nuestro autor titula como *El relato literario de los pacientes*. (Guillermo Rosales, Giuseppe Berto, Marie Cardinal, Fritz Zorn, Gérard de Nerval, Unica Zürn, Janet Frame, Charlotte Perkins Gilman, etc.) Y nos admiramos de su agudeza para perfilar las claves de sus dramas, tormentos, repeticiones y huidas. Uno de los muchos mencionados en esta obra es Fritz Zorn quien, al final de *Bajo el signo de Marte*, señala que su relato puede ser de alguna utilidad en el plano teórico. Sin duda lo es, en mi opinión, y mucho más que algunas descripciones sobre la angustia y la depresión que leemos en los libros especializados. Al hilo de estas consideraciones, Carlos Rey, en sus pródigos comentarios, añade que Zorn muestra en esa obra «la importancia que tiene la función de la angustia vital, la discriminación de sus tipos, y sobre todo, su manejo terapéutico en la conducción de la cura» (p. 97).



Si saco a colación esta referencia, es para ilustrar, tomándola como ejemplo, el tipo de análisis habitual desarrollado en *Otras lecturas. Literatura y clínica*. Como se puede apreciar, se trata de una obra en la que convergen esas tres facetas difíciles de reunir: el lector, el escritor y el clínico. Carlos Rey encarna como pocos ese singular híbrido, capaz de beber directamente de la fuente de las letras (Flaubert decía que la verdadera experiencia literaria es responder a la pregunta por cómo vivimos), plasmarlo negro sobre blanco y aportar una sugerente luz interpretativa, y además combinar esa dimensión artística con la clínica. «Seguramente necesitamos del arte porque no hay ciencia de lo particular, de la subjetividad, es decir, de la particular subjetividad con la que se vive y sufre la vulnerabilidad y precariedad que anidan en nuestra condición humana. Necesitamos del arte y de la ciencia porque nuestro quehacer clínico es arte y oficio» (p. 321), escribe Carlos Rey con vistas a destacar la articulación de esa trenza formada por esas dos tiras, aparentemente heterogéneas, pero necesarias y hasta armónicas.

Los últimos textos de esta obra se ocupan de la Otra *psi*. En realidad, Carlos Rey es uno de los promotores más activos de este singular movimiento. Hace ya tres lustros, cuando la Otra era apenas una corriente de opinión desconocida y local, por alguna extraña razón él se percató de esa tendencia emergente y comenzó a reseñar nuestros libros, de tal manera que sus comentarios contribuyeron a darlos a conocer entre la gente del gremio. Más allá del Ebro –como escribió en 2008– está el Pisuerga y sus alienistas: «Ideas de potentes clínicos que nos refieren que otra práctica *psi* es posible. De manera artesanal han construido una red de profesionales comprometidos que lleva por nombre: La Otra psiquiatría» (p. 253).

Aunque no han pasado ni veinte años, desde entonces ese movimiento ha adquirido una briosa animación y se ha extendido más allá del Atlántico. Como digo, uno de los artífices de ese despliegue es Carlos Rey. Su contribución a la Otra se ha concretado en reseñar y promocionar algunas de las publicaciones más importantes. Lo ha hecho de forma espontánea y despreñada, mucho antes de que nos conociéramos personalmente. Varias de sus reseñas se pueden leer en la última sección de *Otras lecturas. Literatura y clínica*. En todas asoma la elegancia y el temple del lector atento, el escritor primoroso y el clínico comprometido. Su contribución a este movimiento alternativo y discreto que es la Otra, es de todos conocida, por todos reconocida y agradecida. Y puesto que estas páginas glosan su libro y su trabajo, me gustaría destacar, de manera especial, el papel que ha desempeñado en el laborioso *Vocabulario de psicopatología* (Barcelona, Xoroi, 2023), un papel tan discreto como necesario. Pieza fundamental desde que surgió ese proyecto editorial, siempre entre bambalinas, él realizó la primera lectura de los originales, hizo las primeras correcciones y anotó numerosas observaciones y sugerencias. Además, como cinco años ininterrumpidos de trabajo dan para mucho, en las diversas conversaciones que mantuvimos sobre la obra, surgieron, de buenas a primeras, algunas propuestas que finalmente se materializaron. Una de ellas, sin duda muy original, es el doble índice de la obra, esto es, la doble lectura que de ella se puede hacer, bien al modo diccionario (alfabética) o al modo manual (temática).

Para quienes llevamos años dando forma a la Otra *psi*, la edición de *Otras lecturas. Literatura y clínica* nos alegra especialmente, tanto por el agradecimiento que sentimos hacia el autor como por la posibilidad de que otros lectores, de este y del otro lado del Atlántico, puedan disfrutar con sus escritos y aprender de las ideas lí(e)bres que glosa en sus otras lecturas, las que necesitamos para ampliar la comprensión de la condición humana: la literatura.

José María Álvarez.

Prólogo del libro



Voces de mujeres. La travesía del silencio.

Lierni Irizar y Arnaldo Liberman.

Ediciones Beta III Milenio • 2025

ISBN: 978-84-19227-98-0

Partiendo de la gran pregunta de Freud a Marie Bonaparte de “¿Qué quiere o desea una mujer?”, sin respuesta, responden para que este libro sirva de incentivo al pensamiento sobre tan conflictiva y dilemática cuestión a través de las obras y opiniones de un puñado de mujeres. Con sus relatos, vivencias, logros, incluso su marginalidad, reflexiones, contribuciones en la historia de la cultura, todo ello invisibilizado hasta hace poco tiempo, fagocitado por el poder hegemónico masculino transmitido, sobre todo, por otros hombres. La igualdad de derechos y la equidad existentes en el papel, aunque no siempre, están lejos de la realidad cotidiana. Divulgar historias y nombres, superar la ignorancia, son parte de los objetivos no confesados de este libro, pero sí logrados, eso espero.

Autora y autor, psicoanalistas con inquietudes, nos apuntan su intención en este libro: comenzar a conocer lo que ignoramos, “ver donde nadie ve, andar por donde nadie anda, oír lo que nadie oye” gracias a las mujeres ilustres reflejadas en este libro. “Aquí estamos, esta soy yo, y aquella y aquella otra, son muchas...”, cuando menos el 50% de la población mundial. Sí hablan de representación de valores positivos, quizá mucho más. En su Prefacio terminan con una matización final: este libro tiene la dificultad de un tema comprometido y múltiple que pretenden dejar abierto a su complejidad y singularidad. Lo han logrado con las voces de estas siete mujeres elegidas.

Francisca Aguirre (1930-2019), Paquita, poeta, tierna, lúcida, ponderada y sabia. *La Paca* para quienes la querían. Aprendida una frase suya: hay que sospechar de quien dice tener certezas sobre algo, porque las certezas suenan más verdaderas entre signos de interrogación. Una mujer que sabía mucho de los sótanos del alma, pero no se hospedaba en ellos. Sepultó a su padre, asesinado a garrote vil por el franquismo, con un adiós imposible. Francisca amó la vida a pesar de tanto horror. En sus textos hablaba consigo misma y se decía lo que le gustaba o lo que no, hasta escribir “Que planche Rosa Luxemburgo”, harta y deseosa de cuidarse más. Hasta decirnos que escribía cuando ya no podía más.

Hannah Arendt (1906-1975). Modelo de mujer universal con voz propia, en algunos momentos, convencida de ser diferente, extranjera en tanto que mujer judía, ambas inseparables. Presencia en Hannah de la pensadora, interesada por la poesía y el amor que tanto nos conmueven... mientras reivindica su derecho a derecho a pensar por sí misma, sin mordazas.

Su “carga pesada” llevó a Arendt a proponer que el pueblo judío se uniera a la batalla contra el nazismo, como judíos, bajo bandera judía. No ocurrió y ella se desdijo de aquello. No de su posición crítica a las injusticias que su pueblo cometía. Señaló la curiosa relación entre homosexualidad y judaísmo, identidades trasgresoras en el discurso médico de la época. Eran apátridas, con “falta de hogar” y sin ley no tenían derecho al asilo en ningún lugar, sin derecho a tener derechos. Hoy lo aplican a la población palestina una vez decidida su deshumanización.



Lou Andreas-Salomé (1861-1937), nació en San Petersburgo, y fue una decepción para su madre que esperaba su 6° hijo varón. Bautizada con el nombre de la madre, Lovise, que sus antepasados judíos lo habrían prohibido según la tradición hebrea. Buscaba explorar el enigma femenino, mujer con muchos vínculos con gentes de la filosofía, ciencia, poesía, psicoanálisis... generadora de gran fascinación y amores. Mujer singular que cuestionó los modelos establecidos de pensamiento y el goce. Coherente con su estilo de vida. Grandes amores con Paul Rée, Nietzsche, Ladebour... y matrimonio con Friedrich Carl Andreas, ser del círculo psicoanalítico de Freud, se atrevía a cuestionar a pensadores y analistas como Jung, Adler, Ferenczi, Tansk... y todo en una época que no propiciaba la libertad de las mujeres y, sin embargo, ha pasado a la historia como símbolo de mujer libre. Desarrolló un prolongado trabajo reflexivo, periodístico y psicoanalítico, exploró factores psicológicos de la existencia, los sentimientos religiosos, la creación artística, los impulsos sexuales, etc. hasta llamar la atención de Freud.

Emily Dickinson (1830-1886). Poeta porque busca lo que no es, da voz a lo que no se dice y afirma lo que no se sabe. En una época que se reía de las mujeres que pretendían ser poetas porque no se esperaba nada de ellas a nivel intelectual en un tiempo de coerciones y obligaciones a acatar o eludir. Tendrías dolor y sentimiento de fragilidad.

Posibilidad aceptada de que Emily hubiera sido aceptada bisexual u homosexual y no "heterosexual sublimada", sin pérdida erótica alguna pues supo transformarla en imágenes poéticas. Emily desbordó el canon de su época, hablaba como una mujer libre, no una esclava de su género sometida al juego de la identidad y la relevancia. Quizá entre las mujeres creadoras sea de quien hay más preguntas que respuestas. Es polifónica, con todas las miradas y los rostros, sensible y alejada de los perfiles patriarcales, alejada del morbo y de la verdad de frente. Con imagen de monita retraída, esquizoide intimista, alejada del mundanal ruido, eterna solterona, confinada por sí misma, intentando presentar una imagen exótica, eso sí, sin ruido.

Alejandra Pizarnik (1936-1972). Poeta, ensayista y periodista en diversas revistas y periódicos, de una familia de inmigrantes ucranianos de credo judío que se instalaron posteriormente en Argentina. Interesada por el psicoanálisis, pero su vida breve terminó en suicidio, una semana después de abandonar la clínica donde se restablecía de una depresión, en la infinita soledad. En sus *Diarios íntimos*, cargados de palabras y metáforas, se encuentran reflexiones de su ascendencia judía, descubierto al morir su padre, así como la dificultad para conciliar distintos cambios del pensamiento y la vida en ámbitos marcados por la persecución y la desconfianza. Alejandra provenía de una familia judía marcada por el nazismo que, ya a los 19 años, sentía "que está todo perdido", que desde joven se sintió fea y gorda que le llevó a restringir la comida y fue detonante del uso y abuso de anfetaminas, entonces utilizadas para adelgazar, su amante. Se adhirió al sionismo en los años 50 inducida por su madre, aunque hasta el final de su vida en sus escritos no hubo alusión explícita al judaísmo, y si se sentía apátrida: "Por mi sangre judía, soy una exiliada. Por mi lugar de nacimiento apenas soy argentina, no tengo una patria...".

Ingeborg Bachmann (1926-1973). Con infancia y juventud marcadas por las heridas de la guerra y el fascismo. Realizó su tesis sobre Heidegger, con apoyo de Paul Celan, su gran amor y ambos "judíos errantes". No optó por la maternidad. Entendió la escritura como el modo de encauzar su deseo de hacerse escuchar y desmarcarse de un padre filonazi. En su trabajo en la radio, donde su voz fue reconocible, hasta el punto de afirmar "si tuviéramos la palabra, si tuviéramos el lenguaje, no necesitaríamos las armas". El lenguaje nos habla y nos escribe y nos sueña y nos hiere y nos marca. Buscó una tierra diferente tras su vacío en una Viena corrompida, en pleno "milagro alemán" con demasiados nazis reciclados en el poder que le empujaron a profetizar un futuro incierto. Italia fue su refugio, "el país del alma" aunque llegara un final trágico con su amante Celan: locura y suicidio de él; locura y fuego en ella, un fuego accidental tras ingesta de alcohol y pastillas. Amor siempre presente, también en su ausencia.

Marguerite Duras (1914-1996) no escribe para huir de su destino sino para habitarlo. Dice "mi vida me quiere escritora... entonces escribo" Con estilo introspectivo cercano a la autobiografía. Escribió narrativa, teatro y guiones, más de 50 libros, dirige cine, milita en muchos lugares desde su ideología

comunista, presente en la Resistencia frente a la ocupación nazi, anticolonialista y por la independencia de Argelia, en el mayo del 68, también militante por el aborto y la cultura. Nos dicen que Duras confunde deseo, vehemencia, obsesión y, muchas veces, delirio, porque son la misma cosa para ella, por saber, contar y hacerlo de un modo determinado. Le llamaron la autora del deseo e indagadora de Eros, escritora de gran sensibilidad, indagación psicológica pese a emociones contradictorias. Presente y dinamizadora en el Congreso de la Izquierda por la Paz en Oriente Medio, en París de 1969, con la flor y nata de las militancias del internacionalismo parisino: Sartre, Beauvoir, Bataille, Simone Signoret, Yves Montand, Juliette Greco, Lacan, Semprún, Costa Gravas, Mitterrand, James Joyce, Picasso, Henry Miller, Boris Vian, tantos y tantas que opinaron, criticaron y construyeron sobre los acontecimientos sociales, culturales y políticos.

Irizar y Liberman, no solo han profundizado en las biografías de las mujeres elegidas, llegando a buscar el apoyo en numerosas opiniones parciales sobre ellas de otros muchos y muchas autoras, lo cual hace que se trate de un libro profundo de sus personajes. Verdaderos estudios de cabecera para lectura de sofá, de cada una de ellas que es de agradecer hayan editado de modo tan accesible.

Iñaki Markez.



Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria.

Vol. 21, número 1, 2024. Sumario.

Artículos originales

Presentación:

Del ser enferma al enfermar por ser mujer. *Paz Arias García.*

Una vez más, mujer y salud mental desde el feminismo. *Carmen Sáez Buenaventura.*

Reflexiones críticas feministas acerca del diagnóstico psiquiátrico: Contribuciones para la superación de sus límites y para el abordaje del malestar en las mujeres. *Susana Solís-Gómez.*

Los retos de la asistencia sanitaria a las mujeres víctimas de Violencia de Género. *Yolanda Fontanil, Natalia Fernández-Álvarez y Esteban Ezama.*

Disforia de género en la adolescencia: ¿otro sesgo en la salud de las mujeres? *Marta González González y Sara Yebra Delgado.*

Víctimas de Agresiones Sexuales, intervención desde el Centro de Crisis del Principado de Asturias. *Victoria Eugenia Nieves Iglesias y Noelia Fernández Briz.*

10 BÁSICOS 10: Mujer y Salud Mental

Punto crítico: "La salud mental a debate". Víctor Aparicio Basauri (Comp)

La salud mental en el mundo. *Benedetto Saraceno.*

Dichas y desdichas en el devenir de la salud mental. *José Luis Pedreira Massa.*

Cambio de paradigma basado en el modelo de apoyos en salud mental. *María Fuster.*

Informes

Declaración de Bucarest sobre el personal sanitario (2023).

Reseñas

Una vía en las estrellas. El camino de Santiago de unas personas poco corrientes (Concha Fernández Pol).

Baba Yagá puso un huevo (Dubravka Ugrešić).

De los Determinantes Sociales a la Salud Mental Colectiva (Ander Retolaza).

In memoriam

René González Uzcátegui (1926-2023).

Ramón García López (1941-2024).

Teresa Suárez Rodríguez (1947-2024).

Itzhack Levav (1939-2024).

Boletín de la Asociación Madrileña de Salud Mental.

Boletín núm. 52. Primavera año 2025. Sumario.

Editorial

Hablemos.

Informes

Jugando a deslegitimar la red de rehabilitación en la Comunidad de Madrid (el monopoly de la rehabilitación).

Colaboraciones

Reducción del uso de la contención mecánica en la unidad de hospitalización psiquiátrica de Alcalá de Henares (Madrid). *Ana Moreno Pérez et al.*

La práctica de los cuidados a la luz de la clínica y la psicodinámica del trabajo. *Christophe Dejours.*

Ternura y poesía: una pareja bien avenida. *Edgar Hernández León.*

Algunas reflexiones sobre los dispositivos institucionales y comunitarios de atención a la vejez. *Federico Suárez Gayo.*

Aspectos éticos de la atención a personas con demencia. *Raúl Carlos Cifuentes Cáceres.*

Hemos leído

Las palabras de la bestia hermosa, de Guillermo Lahera. "Un manual de psiquiatría sin líos ni enredos". *José Camilo Vázquez Caubet.*

Hemos estado

Jornadas: campaña por la abolición del aislamiento penitenciario. *Ana Gordaliza Fernández.*

Encuentros literarios

AMSM. *Ana María Gómez Martín.*

Panóptico



Revista AEN.

Sumario.

Editorial

Nuevos (y no tan nuevos) surcos en salud mental. *Rafael Huertas.*

Artículos

La falta de conciencia de enfermedad como elemento de invalidación. *Miguel Ángel Valverde Eizaguirre.*

Determinantes sociales y problemas de salud mental. Implicaciones teóricas y técnicas.
Marcelino López, Margarita Laviana.

La transición desde un piso con soporte de salud mental a un piso comunitario: En los últimos escalones de la rehabilitación psicosocial. *Jorge Atala Riffo, Laura Ribé Costa, Patricia Segura Pérez, Rosa García Villalba, Cristina Salvó Almendro, Arnau ayats estarriola, Eva Escarmena Ramilo, David Riba Cano.*

El texto autobiográfico en el duelo por suicidio. *Francesc Casanovas.*

Limitaciones de los Ensayos Clínicos Aleatorizados para la práctica y la investigación en psicoterapia: Una perspectiva constructivista de los pacientes como agentes. *Javier Manjón González.*

Cientifismo de la psicología clínica en España: del pasado al futuro. *José Manuel Bertolín-Guillén.*

Órgano. Tratado de anatomía psicopatológica (I). *Carlos Rejón Altable.*

El síndrome de fatiga crónica y la psicologización de la incertidumbre. *Julieta Marcela Maure.*

Perspectivas actuales

Suicidio(s): Conversación con Guillermo Rendueles. *Ander Retolaza.*

Crítica de Libros

Retorno al paradigma de lo social.

Ander Retolaza, De los determinantes sociales a la salud mental colectiva.
Víctor Aparicio Basauri.

Más allá de la reforma: hay alternativas.

Jorge Luis Tizón, La reforma psiquiátrica. El porvenir de una ilusión.
Mariano Hernández Monsalve.

Silvano Arieti, una vida dedicada a investigar qué es la esquizofrenia.

Roberta Passione, Psychiatry and the human condition: A scientific biography of Silvano Arieti (1914-1981).
Francisco Balbuena Rivera.

Narrativas liberadoras en tiempos de reduccionismo y mercado.

Manuel Desviat, Tratar con la locura. Emancipación y clínica participada.
Alberto Ortiz Lobo.

El fascinante viaje de Solms: neurociencia de la experiencia subjetiva

Mark Solms, El manantial oculto. Un viaje a la fuente de la conciencia
Guillermo Lahera Forteza.

La deriva institucional de la psiquiatría

Robert Whitaker, Lisa Cosgrove, La psiquiatría bajo sospechas: Corrupción institucional, perjuicio social y recetas de reforma.
Abel Jaime Novoa Jurado.

Psique y revolución. Un capítulo indispensable para una historia de los saberes y prácticas psi en la Transición española.

Miguel Huertas Maestro, Asaltar los divanes. Psicología crítica, psicoanálisis y marxismo en la España de la transición.

Marcelo Sánchez Delgado.

La locura que no cesa.

Cándido Polo Griñán, Los locos de Valencia (1409-2009). Mitos, rituales y utopías en salud mental.

Antonio Ariño Villarroya.

Tiempo de Transición: el manicomio como metáfora.

Rosana Corral Márquez, El muro.

Manuel Desviat.

A propósito de lo inevitable.

Francisco Pereña, Olvido imposible.

Alejandro Martínez González.

Magister Cambrigensis.

Germán E. Berrios, Rogelio Luque, Epistemología de la psiquiatría.

Filiberto Fuentenebro de Diego.

MAN: los psiquiatras argentinos en la Guerra Civil Española.

Fernando J. Ferrari, Gregorio Bermann y la Misión Argentina de Neuropsiquiatría en la Guerra Civil Española.

Cándido Polo Griñán.

Obituarios

Valentín Corcés Pando (1943-2025).

Víctor Aparicio Basauri.

Páginas de la Asociación

Norte de Salud Mental.

Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria.



Normas de publicación

La revista *NORTE de salud mental* considerará la eventual publicación de los trabajos que reciba sobre temas relacionados con la salud mental y disciplinas afines, así como relativos a las propias Asociaciones que participen en ella.

En general, no se aceptarán manuscritos que ya hayan sido publicados en otra revista. En casos excepcionales podrá hacerse, siempre y cuando se cuente con la autorización expresa del Editor de la publicación donde apareció con anterioridad el trabajo. Las normas generales se ajustarán a los "Requisitos de uniformidad para manuscritos presentados para publicación en revistas biomédicas" (Normas de Vancouver).

Todo original recibido será valorado por el Comité Editorial, quien decidirá sobre su publicación, pudiendo proponer a los autores modificaciones que puedan considerarse oportunas para la mejor claridad del texto o adecuación a la revista. Cualquier modificación propuesta necesitará del visto bueno de los autores, previa a su publicación.

Los contenidos u opiniones vertidos en los trabajos son responsabilidad exclusiva de sus autores, no asumiéndolos como propios el Consejo de Redacción. Los trabajos publicados quedarán en propiedad de Norte de salud mental y su reimpresión posterior precisará de su autorización previa.

Requisitos de los trabajos a publicar

Se enviarán al Consejo Editorial de *NORTE de salud mental*: revistanorte@ome-aen.org

Primera página. Incluirá, por orden, los siguientes datos: título del trabajo; nombre y apellidos de los autores, indicando el título profesional, centro de trabajo, dirección para correspondencia, teléfono, fax y cualquier otra indicación adicional que se estime necesaria. En los casos en que se considere oportuno se citarán las personas o entidades que hayan colaborado en la realización del trabajo.

Segunda página. Figurarán por este orden: título del trabajo, resumen del mismo y palabras clave, en castellano e inglés. Habrá de 3 a 8 palabras claves para su inclusión en los índices oportunos.

Los artículos Originales de investigación deberán constar de introducción, material y métodos, resultados y discusión, siendo su extensión máxima de 20 páginas incluidas hasta 6 figuras o tablas. Las Notas clínicas no superarán las 6 páginas y 4 figuras o tablas. Las Revisiones podrán contener un máximo de 15 páginas.

Referencias bibliográficas. Se ordenarán y numerarán de forma correlativa según su primera aparición en el texto, debiendo aparecer el número de la cita entre paréntesis o en carácter volado (superíndice). La exactitud de las referencias es responsabilidad de los autores, que deben contrastarlas con los documentos originales y especificar claramente las páginas, inicial y final, de la cita (ver ejemplos). No se aceptarán como referencias las observaciones no publicadas aunque se pueden incluir en el texto señalando que se trata de una "comunicación personal".

Las tablas y gráficos se enviarán en documento adjunto, numerados consecutivamente, con el título en la parte superior y notas aclaratorias al pie, cuidando que su observación permita comprender su significado sin recurrir al texto.

Ejemplo de citas bibliográficas (de "Normas de Vancouver").

Artículos de revistas

- Artículo normal

Se mencionan hasta los seis primeros autores y se agrega la expresión "et ál." si son más.

Perkin DM, Clayton D, Black RJ, Masuyer E, Friedl HP, Ivanov E, et ál. Heart transplantation is associated with an increased risk for pancreatobiliary disease. *Ann Intern Med* 1996 Jun 1; 124 (11): 980-3.

Como alternativa, si una revista utiliza la paginación continua en todo un volumen (como hacen muchas revistas médicas) pueden omitirse el mes y el número. (Nota: a efectos de coherencias, esta opción se utiliza en todos los ejemplos siguientes).

- Autor institucional

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 164: 282-4.

- Sin nombre del Autor

Cancer in South Africa (Editorial), *S Afr Med J* 1994; 84: 15.

Libros y otras monografías

- Indicación de autores personales

Ringsven MK, Bond D. Gerontology and leadership skills for nurses, 2ª ed. Albany (NY): Delmar Publishers; 1996.

- Indicadores de directores de edición o compiladores como autores

Norman IJ, Redfern SJ, editors. Mental health care for elderly people. New York: Churchill Livingstone; 1996.

- Indicación de una organización como autor editor

Institute of Medicine (US). Looking at the future of the Medicaid program. Washington (DC): The Institute; 1992.

- Capítulo de un libro

Phillips SJ, Whisnant JP. Hypertension and stroke. En: Laragh Jh, Brenner BM, editors. Hypertension: pathophysiology, diagnosis, and management. 2ª ed. New York: Raven Press; 1995 p. 465-78.

- Actas de congresos

Kimura J, Shibasaki H, editores. Recent advances in clinical neurophysiology. Resúmenes del 10º International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

- Original presentado en un congreso

Bengtsson S, Solheim BG. Enforcement of data protection, privacy and security in medical informatics. En: Lun KC, Degoulet P, Piemme TF, Rienhoff O, editores.

MEDINFO 92. Proceedings of the 7th World Congress on Medical Informatics; 1992 Sep 6-10; Geneva, Switzerland. Amsterdam: North-Holland; 1992. p. 1561- 5.

- Tesis doctoral

Kaplan SJ. Post-hospital home health care: the elderly's access and utilization. St Louis (MO): Washington Univ.; 1995.



Otros trabajos publicados

- Artículo de periódico

Lee G. Hospitalization tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. The Washington Post 1996 Jun 21; Sect. A:3 (col. 5).

- Material audiovisual

HIV+/AIDS: the facts and the future (videocassette). ST. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.

- Diccionario y obra de consulta semejantes:

Stedman's medical dictionary. 26ª ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1995. Apraxia; p. 119-20.

Trabajos inéditos

- En prensa

Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. N Engl J Med. En prensa 1997.

Material electrónico

- Artículo de revista en formato electrónico:

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. Emerg Infect Dis (serial online) 1995 Jan-Mar (cited 1996 Jun 5); 1 (1): (24 pantallas). Accesible en:

URL: www.cdc.govncidod/EID/eid.html

Solicitud de Ingreso

Para ser miembro de una asociación autonómica, se solicita al tiempo la incorporación a la AEN/PSM. La ratificación de la solicitud se realizará en la primera Asamblea de Socios y Socias tras su recepción.

La cuota de socio/a es de 130€ anuales para facultativos (psiquiatras y psicólogos/as) y 65 € anuales para otros profesionales (enfermería, trabajo social, etc; esta categoría incluye también a MIRes y PI-Res). Da derecho a la recepción gratuita de la Revista de la AEN y la revista *NORTE de salud mental*, libros, Cuadernos Técnicos y otras publicaciones de la AEN, descuentos en Jornadas, Congresos y otras actividades formativas, además de todos los otros derechos que corresponden a los socios y socias de las Asociaciones en sus respectivas Autonomías.

Envíe el formulario a:

Asociación Española Neuropsiquiatría. Magallanes, 1 sótano 2. 28015 Madrid.

Tel.: 636 725 599 / Fax: 918 473 182 • Correo-e: aen@aen.es

SOLICITUD DE INGRESO en la ASOCIACIÓN ESPAÑOLA de NEUROPSIQUIATRÍA/PROFESIONALES DE SALUD MENTAL (AEN) y en la respectiva Asociación de su Autonomía.

Por la web <https://aen.es/inscripcion/>

Por correo ordinario

D./Dña _____ profesional de la Salud Mental,

con título de _____

Centro de trabajo _____

y domicilio en _____

Población _____ C.P. _____ Provincia _____

Teléfono _____ Correo electrónico _____

SOLICITA:

Su ingreso en la Asociación Española de Neuropsiquiatría y en la Asociación Autonómica:

Fecha _____ / _____ / _____

Esta solicitud deberá ser aprobada por la Junta de Gobierno y ratificada en la Junta General de la Asociación. La suscripción a las Revistas está incluida en la cuota de asociado o asociada.

Nombre _____ Dirección _____

Banco/Caja de ahorros _____ Sucursal _____

IBAN/Cuenta nº _____ Población _____

Ruego que a partir de la presente se sirvan abonar a mi Cuenta Corriente/Libreta de Ahorros el importe de la cuota de la Asociación Española de Neuropsiquiatría/Profesionales de Salud Mental.

En _____ el _____ de _____ 20 _____

Firma:



Revista de:

<p>Andaluz de Asociación Profesionales de Salud Mental</p>		<p>aragonesa de sociedad salud mental S.A.S.M.</p>	<p>Castellano-Manchega Asociación de de Neuropsiquiatría y Salud Mental</p>		<p>Asociación Extremeña de Neuropsiquiatría (AExN)</p>
<p>de Neuropsiquiatría Asociación Española de Salud Mental Asociación Murciana</p>	<p>asociación de profesionales de salud mental de Cantabria</p>	<p>osasin mentalaren elkartea Asociación de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria</p>	<p>Catalana Asociación de Profesionals de Salut Mental ACPSM de Salut Mental</p>	<p>de Salut Mental Professionals AEN PV del País Valencià</p>	<p>Española Asociación de Profesionales de Salud Mental de Neuropsiquiatría CENTENARIO 1924-2024</p>