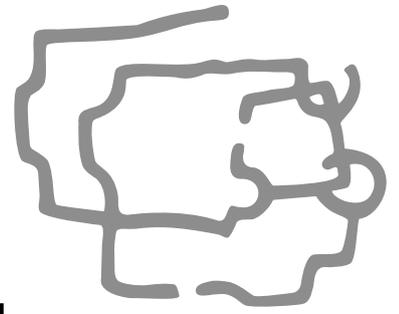


NORTE

DE SALUD MENTAL



Revista de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria

Volumen XX nº 72 Enero 2025



Autora portada: Anna Mezz. Título: "El Viaje Heroico".

Volumen XIX



N° 69



N° 70



N° 71

Volumen XX



N° 72

Volumen XVII



N° 63



N° 64



N° 65

Volumen XVIII



N° 66



N° 67



N° 68

Volumen XV



N° 57



N° 58



N° 59

Volumen XVI



N° 60



N° 61



N° 62

Volumen XIII



N° 51



N° 52



N° 53

Volumen XIV



N° 54



N° 55



N° 56

Volumen XI



N° 45



N° 46



N° 47

Volumen XII



N° 48



N° 49



N° 50

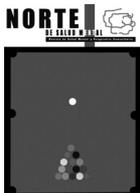
Volumen IX



N° 39



N° 40



N° 41

Volumen X



N° 42



N° 43

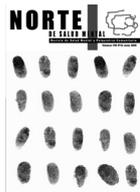


N° 44

Volumen VIII



N° 33



N° 34



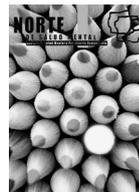
N° 35



N° 36



N° 37



N° 38

Volumen VII



N° 27



N° 28



N° 29



N° 30



N° 31



N° 32

NORTE de Salud Mental

Director:

Markez, Iñaki

Consejo Editorial:

Aparicio, Helena
Artigue, Jordi
Domínguez, Iria
Villasante, Olga

Fuica Pereg, Paula
Fuster, María
Grande, Élida
Jiménez, Ana María

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

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
Carranza, Arturo
Carrasco Picazo, Juan Pablo
Castro, Mercedes
Català, Laura
Chicharro, Francisco
Cifre, Antonia
Colina, Fernando
Comelles, Josep M^a
Del Rio, Francisco
De la Rica, José Antonio

Desviat, Manuel
Esteban, M. Luz
Esteban, Ramón
Estévez, Juan Antonio
Fernández Liria, Alberto
Ferrera, Beatriz
Forcén, Luis
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
Marqués, M. José
Marquín, Fernando
Martínez-Azumendi, Óscar
Martínez, Ana
Mayoral, Fermín
Meana, Javier
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
Rodríguez, Beatriz
Rodríguez Pulido, Francisco
Salvador Moreno, Albert
Sánchez, Cosme
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

✓ 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 (Indice Médico Español)
- MEDicina en ESpañol (MEDES)
- psiquiatria.com
- [Psiquiatria Sur](http://PsiquiatriaSur.com)
- RCS
- Repositori UJI
- Repositorio AEN



NORTE de salud mental
Vol XX n.º 72, enero 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: Anna Mezz.

Título: "El Viaje Heroico".

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 72. Enero 2025.

Editorial	5
• Catástrofes y Salud Mental. A propósito de la DANA en Valencia. <i>M.^a José Marqués, Ana Sánchez, Toni Adam.</i>	7
Originales y revisiones	11
• La responsabilidad del Médico Interno Residente (MIR), con especial referencia al MIR de Psiquiatría. <i>Luis Fernando Barrios Flores.</i>	13
• Experiencias creando un grupo terapéutico para mujeres cuidadoras: primeros pasos y emancipación. <i>María Villasante Holgado, Laura Rivera Megías.</i>	28
• Algunas notas críticas actuales sobre el diagnóstico en psiquiatría. <i>José Manuel López Santín, Patricia Álvaro Serón.</i>	36
• Representación literaria del trastorno mental: la simbología del paciente. <i>Roberto García Sánchez, Nayra Caballero Estebaranz, Francisco Rodríguez Pulido.</i>	51
• Uso adyuvante más frecuente de antipsicóticos atípicos fuera de indicación. <i>José Manuel Bertolín-Guillén.</i>	62
• Voces en transformación: Análisis del discurso de un grupo multifamiliar (GMF). <i>Isabel María Morillas García, Gema Quesada Milena, María Villasante Holgado, Juan Antonio Membrive Galera, Rebeca Bohorquez Martínez.</i>	78
Pre-ocupaciones	87
• Convierte tu muro en un peldaño. <i>Ana Gordaliza.</i>	89
• Desgaste profesional y carga de trabajo percibida: principal factor estresante actual en los profesionales de USM de Córdoba. <i>Raquel Alba Martín.</i>	95
• Cambios en la función paterna. Acerca del malestar en la cultura actual. <i>Ignacio Lafalla.</i>	102
Historia	107
• Hace ya algún tiempo: Las primeras cátedras universitarias de Psiquiatría españolas. Desde la II República al inicio de la Democracia (1933-1977). <i>Sonsoles Pacheco Larrucea, Ana Conseglieri, Olga Villasante, Juan Medrano, Reda Rahmani El Ouachekradi, Oscar Martínez Azumendi, Iñaki Markez, Luis Pacheco Yáñez.</i>	109
• In memoriam: David Goldberg (1934-2024). <i>Ander Retolaza.</i>	131
• Einstein y Freud desearon la paz en Palestina. <i>Iñaki Markez, Luis Pacheco.</i>	134
Actualizaciones	143
• El Yo y el Chat. Una conversación con la Inteligencia Artificial. <i>Roberto García.</i>	145
• Sumarios: Revista de la AEN, Boletín AMSM, Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria.	146
In Memoriam: Fermín Pérez	149
Carta a Producción Ejecutiva Orbita Laika TVE	150
Centenario de la AEN-PSM	154

Summary

NORTE de salud mental 72. January 2025.

Editorial	5
• Disasters and Mental Health. About the DANA in Valencia. <i>M.^a José Marqués, Ana Sánchez, Toni Adam.</i>	7
Original and reviews articles	11
• Responsibility of the Internal Medical Residents (MIR) with special reference to the MIR of Psychiatry. <i>Luis Fernando Barrios Flores.</i>	13
• Experiences creating a therapeutic group for women caregivers: First Steps and Emancipation. <i>María Villasante Holgado, Laura Rivera Megías.</i>	28
• Some current critical notes about diagnosis in psychiatry. <i>José Manuel López Santín, Patricia Álvaro Serón.</i>	36
• Literary representation of mental disorder: the patient's symbology. <i>Roberto García Sánchez, Nayra Caballero Estebaranz, Francisco Rodríguez Pulido.</i>	51
• Most frequent coadjuvant off-label use of atypical antipsychotics. <i>José Manuel Bertolín-Guillén.</i>	62
• Voices in transformation: discourse analysis of a multifamily group. <i>Isabel María Morillas García, Gema Quesada Milena, María Villasante Holgado, Juan Antonio Membrive Galera, Rebeca Bohorquez Martínez.</i>	78
Concerns Challenges	87
• Turn your wall into a stepping stone. <i>Ana Gordaliza.</i>	89
• Burnout syndrome and perceived work load: main factor of stressful the current in mental health nursing from Cordoba. <i>Raquel Alba Martín.</i>	95
• Changes in paternal function. About the malaise in today's culture. <i>Ignacio Lafalla.</i>	102
History	107
• Some time ago: The first Spanish university chairs of Psychiatry. From the II Republic to the beginning of Democracy (1933-1977). <i>Sonsoles Pacheco Larrucea, Ana Conseglieri, Olga Villasante, Juan Medrano, Reda Rahmani El Ouachekradi, Oscar Martínez Azumendi, Iñaki Markez, Luis Pacheco Yáñez.</i>	109
• In memoriam: David Goldberg (1934-2024). <i>Ander Retolaza.</i>	131
• Einstein and Freud wanted peace in Palestine. <i>Iñaki Markez, Luis Pacheco.</i>	134
Book reviews	143
• El Yo y el Chat. Una conversación con la Inteligencia Artificial. <i>Roberto García.</i>	145
• Summaries: Revista de la AEN, Boletín AMSM, Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria.	146
In Memoriam: Fermín Pérez	149
Letter to Executive Production Orbita Laika TVE	150
AEN-PSM Centenary	154



EDITORIAL

Catástrofes y Salud Mental. A propósito de la DANA en Valencia.

Disasters and Mental Health. About the DANA in Valencia.

M.^a José Marqués (*Psicóloga Clínica*), Ana Sánchez (*Psicóloga Clínica*), Toni Adam (*Psiquiatra*).

En representación de la Junta de la AENPV.

Comenzamos este editorial de manera clara y contundente, con cifras: el impacto de la DANA en la Comunidad Valenciana ha sido y sigue siendo catastrófico. El pasado día 29 de octubre el agua arrasó campos, centros escolares y de interés social, empresas, casas, coches y vidas, demasiadas vidas.

Según información de Cámara Valencia (1), el área geográfica afectada por la DANA abarca 68 municipios con 48.722 empresas activas, el 27,5% del total de la provincia, y 264.833 trabajadores, lo que supone el 24,7% de los puestos de trabajo. Conjuntamente, la aportación de estos municipios al PIB es del 32,3% del total de la provincia de Valencia. Si acotamos la 'zona cero' de la Dana, que engloba a 32 municipios, como Alfafar, Catarroja, Chiva, Massanassa, Paiporta, Picanya, Sedaví, Torrent y Utiel, éstos dan empleo al 20,5% del total provincial (19,7% del PIB provincial). Los datos económicos de las empresas industriales, construcción y servicios de los 68 municipios más afectados por la DANA, se pueden consultar en el informe nº 12 de Cámara Valencia, lo que da idea de lo costosa que va a resultar la recuperación del tejido social y económico (2).

Según cifras del CID (Centro de Integración de Datos), se han contabilizado 223 personas fallecidas (3). De ellas, el 60,6% fueron hombres y el 39,4% mujeres; el 48,1% tenían 70 o más años y el 65,3% de los cuerpos se encontraron en espacios cerrados como vehículos, sótanos, garajes, casas y residencias de la tercera edad.

Hemos tratado de organizar las reflexiones que han surgido en la junta de la AENPV, aplicando el modelo de los ciclos de las emergencias, en el que las primeras fases anteceden al estallido de la emergencia (mitigación y preparación), y las siguientes (respuesta, reconstrucción y desarrollo) se concretan en las acciones desplegadas durante y después de la catástrofe (4).

Las catástrofes, por definición, son sucesos inesperados que producen gran destrucción o daño. Aunque las catástrofes naturales son difícilmente predecibles, sus consecuencias se pueden moderar si las instituciones responsables son eficaces, realizan políticas preventivas, hacen evaluación de situaciones anteriores y tienen a expertos al frente de la toma de decisiones. No es el objeto de este editorial hacer una valoración de responsabilidades, sino centrarnos en la experiencia de quienes han vivido de cerca esta catástrofe y sus respuestas físicas, psíquicas, emocionales y comportamentales, acordes a la tragedia. Estas vivencias van a marcar un antes y un después. Es muy probable que, ante sucesos tan trágicos, muchas personas respondan con miedo, angustia o tristeza, y que tiendan a disociarse para poder seguir viviendo.

Los profesionales de la salud mental hemos de ser capaces de transmitir que todas esas respuestas emocionales son esperables, naturales y acordes a una experiencia tan intensa y dolorosa. La comunidad científica nos viene alertando desde hace años de la emergencia climática. En una editorial reciente de la revista Norte de salud mental, los autores señalan que "esta emergencia ya está ocurriendo" (5).

Tras la DANA, la población valenciana ha conocido, no sin estupor, informaciones relativas a planes nunca ejecutados que suponían medidas preventivas ante eventuales fenómenos meteorológicos fuera de lo común, medidas que seguían pendientes del proyecto inicial del Plan Sur. No es menos sorprendente la noticia sobre la reciente desarticulación, por el actual Consell de la Generalitat, del Plan Territorial de Emergencia de la Comunitat Valenciana desarrollado por el Gobierno del Botánico (6).

Muchas personas de zonas devastadas con muertos y desaparecidos siguen manifestando sentimientos de tristeza, rabia e impotencia ante la falta de medidas previas de protección que se hubieran podido articular. A primeras horas del 29 de octubre, declarada la alerta roja, se sabía que, en las cabeceras de ríos como el Magro, las aguas se estaban desbordando y que campaban por las calles de Utiel; y que, al mediodía, río abajo, en la Ribera del Júcar, ocupaban todo el cauce y amenazaban con inundar poblaciones como Carlet y Algemesí. A las 17h., una incontenible avalancha de agua y lodo arrasaba el barranco del Poyo a su paso por Chiva y Chestre. Cualquiera que conozca la geografía de la zona sabe que desde esas zonas altas el agua va a seguir su curso natural hacia el mar, o hacia la Albufera, anegando a su paso las zonas más bajas, sobre todo si los terrenos antes inundables se han urbanizado en las últimas décadas.

Ante la falta de información exacta por parte de las autoridades competentes, la respuesta inmediata de la población fue la habitual en inundaciones anteriores: sacar los coches de los garajes o recoger a los niños de los colegios, y poco más. Lo que nadie en las poblaciones de l'Horta Sud podía esperar era que, sin haber caído una sola gota de agua en todo el día, la llegada de un "tsunami" arrasara viviendas y puentes y se llevara por delante coches, camiones y, lo más terrible, la vida de más de dos centenares de personas.

Hasta las 20:11h la población no recibió el SMS de alarma en sus móviles. Algunos lo escucharon cuando estaban rescatando a vecinos que eran arrastrados por el agua. A ello hay que añadir la falta de recursos básicos, agua, luz, teléfono, gas y, lo peor, la ausencia casi total durante varios días de efectivos de las instituciones autonómicas y estatales que prestaran los socorros básicos:

"Nos acostamos sin luz y sin agua, pensando que, al amanecer, lógicamente, estarían la Guardia Civil, los Bomberos, el Ejército... pero no había nadie. Sí estaba el cadáver de una joven china (...) A su lado, su madre, velando por su cadáver. No había Policía. No había Ejército. No vino nadie en todo un día. Los coches estaban volcados. Todo lleno de barro. Silencio. Miedo" (7).

Las comunicaciones interrumpidas generaron un alto nivel de angustia en la población. La tardanza, a veces la imposibilidad durante días de contactar con amigos y familiares cercanos. El afrontar una situación nueva de proporciones catastróficas, sin experiencia ni conocimiento previo y sin información por parte de las autoridades, es motivo suficiente para generar una situación de pánico y de indefensión colectiva.

Como miembros de la Junta de la AENPV, tenemos la obligación de reflexionar sobre las consecuencias de una catástrofe de tales dimensiones. Nos preguntamos qué variables han podido actuar como factores de protección o de riesgo para la salud mental de la población afectada. Han pasado sólo dos meses desde las inundaciones y no se pueden dimensionar aún las consecuencias a medio y largo plazo, pero sí nos podemos plantear una serie de cuestiones que se pueden percibir en los relatos de las personas afectadas.

¿Cómo se puede afrontar el dolor, la rabia de una pérdida que se podría haber evitado? Las personas percibieron que no se les avisó y no se tomaron medidas preventivas que, aunque no hubieran evitado el daño material, sí podían haber evitado muertes.

¿Cómo se puede afrontar el recuerdo de no haber podido salvar a una persona que se está ahogando delante de nosotros? ¿Y la culpa por la muerte de un ser querido? Padres que mandaron al abuelo a recoger a los niños al colegio, y el abuelo no volvió.

Y aquellos que se sienten avergonzados por sentirse emocionalmente mal porque “sólo” han sufrido pérdidas materiales, como su casa, su vehículo o empresa de trabajo. ¿Cómo sentirán y afrontarán las pérdidas?

No tenemos los conocimientos para saber qué sucederá en el futuro, pues la reconstrucción tan solo está comenzando, pero de momento, dada la falta de experiencia, podemos conjeturar respuestas de apoyo emocional que se recogen en las diferentes publicaciones sobre intervención en emergencias y catástrofes (8).

Como junta de la AENPV, la primera actuación tras el impacto inicial fue realizar una reunión de urgencia y facilitar una sesión formativa abierta, titulada “Consideraciones prácticas para el apoyo psicosocial inmediato en contexto de emergencias y catástrofes” (9), que fue seguida por muchos profesionales de la salud mental. Inmediatamente después, se habilitó un canal (sesiones individuales o grupales) de acompañamiento y de formación básica para aquellos socios que estuvieran involucrados en servicios de primera línea de los municipios afectados. A tal fin, se puso a su disposición un correo electrónico específico.

También hemos tenido noticias de diversas acciones realizadas por socios en el contexto de colaboraciones con ONGs, socios participantes en programa de atención puesto en marcha desde la Oficina de Salud Mental y Adicciones, atenciones que se han realizado a partir del correo facilitado por la junta o peticiones de conocidos de personas asociadas desde sus puestos de trabajo. Hemos intentado recoger todas estas intervenciones para que quedaran reflejadas. Ha sido mucho y muy impactante lo vivido, lo narrado y lo escuchado en estos dos meses de tragedia transcurridos al escribir estas líneas.

También señalamos los riesgos de patologizar el dolor natural por el duelo y las pérdidas, el aumento de las patologías preexistentes y la aparición de otras nuevas. No hay que olvidar que la intensidad de la catástrofe impacta en la salud mental de manera diferente en función de las vulnerabilidades ya existentes y los determinantes sociales. Hemos tenido noticia de que todavía hay más de un centenar de personas alojadas en Centros de Acogida Temporal de Emergencia (CATE) tras haberlo perdido todo. Diversas asociaciones alertan sobre el aumento de la vulnerabilidad de las personas sin hogar tras la DANA, constatándose un problema ya existente, la insuficiencia de recursos de protección social.

Ante las respuestas ciudadanas y de las administraciones que se están dando, hemos de destacar el riesgo que supone la creación de unidades específicas contra el estrés postraumático, si no van acompañadas de medidas de movilización y coordinación con los recursos comunitarios y sus agentes sociales y de salud. El estrés postraumático es solo una de las respuestas posibles al trauma. Son igualmente importantes la ansiedad, la depresión y los duelos no resueltos, los síntomas somáticos, los problemas de relación interpersonal, el uso excesivo de servicios médicos etc. (10). Esperemos que los recursos puestos en marcha desde la red de salud mental pública sirvan para acompañar todas estas respuestas y se haga un esfuerzo de coordinación. Es necesario recordar, aunque sea obvio, que las movilizaciones de las redes sociales naturales, así como de los recursos comunitarios existentes en las poblaciones, van a ser elementos fundamentales para la reconstrucción tras la catástrofe.

Hay que destacar cómo los apoyos recibidos, el papel de las y los voluntarios, los jóvenes, que han roto con su actitud e iniciativa el estigma de una generación de cristal frágil e indiferente, la movilización social, el papel de las administraciones y las muestras de solidaridad de todas las Comunidades Autónomas, suponen la esperanza de que en el futuro se podrán recuperar los vínculos y alcanzar una cierta reparación emocional y social de la población.

Finalizamos con una iniciativa reparadora como la que nos propone la ilustradora Cristina Durán, vecina de Benetússer, en su obra “La riada, un cómic en primera persona” (11).

Nota: Agradecemos especialmente a Enrique Parada, Lidia Luna e Inma Albi su colaboración desinteresada, disponibilidad y rapidez en facilitar materiales y sesiones formativas.

Bibliografía

1. <https://www.camaravalencia.com/noticias/informe-principales-datos-economicos-de-las-empresas-industriales-de-construccion-y-servicios-de-los-68-municipios-mas-afectados-por-la-dana/> Revisado: 28-12-2024
2. <https://www.camaravalencia.com/wp-content/uploads/2024/11/Datos-economicos-de-las-empresas-industriales-construccion-y-servicios-de-los-68-municipios-mas-afectados-por-la-DANA.pdf> Revisado: 28-12-2024
3. <https://www.poderjudicial.es/cgpj/es/Poder-Judicial/Tribunales-Superiores-de-Justicia/TSJ-Comunidad-Valenciana/Oficina-de-Comunicacion/Notas-de-prensa/La-cifra-de-victimas-mortales-por-la-Dana-aumenta-a-223-tras-la-localizacion-de-un-fallecido-en-Paiporta> Revisado: 28-12-2024
4. Wisner, Ben, Adams, John & World Health Organization. (2002). Environmental health in emergencies and disasters: a practical guide / edited by B. Wisner, J. Adams. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/42561>
5. G. Valdecasas, J. y Vispe, A. (2024). De crisis, oportunidades y salud mental: un camino empedrado de buenas intenciones. Norte de salud mental, 2024, vol. XIX, n° 70: 7-10.
6. https://www.eldiario.es/comunitat-valenciana/mazon-elimino-cuatro-meses-unidad-valenciana-emergencias-ocurrencia-heredada-ximo-puig_1_11775954.html Revisado: 28-12-2024.
7. https://www.lasexta.com/programas/al-rojo-vivo/desgarrador-relato-santiago-posteguillo-dana-sensacion-que-politicos-est-an-apunalando-pueblo_2024112267408e53488d690001058e87.html Revisado: 28-12-2024
8. Guía del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias Humanitarias y Catástrofes. https://interagencystandingcommittee.org/sites/default/files/migrated/2019-03/iasc_guidelines_mhp
9. https://www.youtube.com/watch?v=mYNXLe_Nsvl&pp=ygUpZW5yaXF1ZSBwYXJhZGEGc2FsdWQgbWVudGFsIHkgZW1lcmdlbmNpYXM%3D
10. Pérez-Sales, P (2004). Trauma, Culpa y Duelo. Hacia una psicoterapia integradora. Programa de autoformación.
11. La riada, un cómic en primera persona. <https://elpais.com/eps/2024-12-29/la-riada-en-primera-persona.html>



ORIGINALES Y REVISIONES

La responsabilidad del Médico Interno Residente (MIR), con especial referencia al MIR de Psiquiatría.

Responsibility of the Internal Medical Residents (MIR) with special reference to the MIR of Psychiatry.

Luis Fernando Barrios Flores.

Doctor en Derecho. Colaborador honorífico de Derecho Administrativo.

Área de Derecho Administrativo, Departamento de Estudios Jurídicos del Estado.

Facultad de Derecho, Universidad de Alicante.

Resumen: En España la formación de especialistas en Ciencias de la Salud se realiza en régimen de residencia. En Medicina a través del sistema de Médicos Internos Residentes (MIR). El MIR recibe una formación teórico-práctica, que le permite ir asumiendo progresivamente responsabilidad. Este artículo trata específicamente de la responsabilidad del MIR, con especial referencia al MIR de Psiquiatría.

Palabras clave: Responsabilidad. Médicos Internos Residentes (MIR). Psiquiatría.

Abstract: In Spain, the training of specialists in Health Sciences is carried out through residency. In Medicine, through the system of Internal Medical Residents (MIR). The MIR receives theoretical and practical training, which allows him/her to progressively assume responsibility. This article deals specifically about the responsibility of the MIR with special reference to the MIR of Psychiatry.

Key Words: Responsibility. Internal Medical Residents (MIR). Psychiatry.

1. Incidencia del régimen jurídico del MIR en materia de responsabilidad

El sistema de residencia, implantado por Real Decreto 2015/1978, de 15 de julio, por el que se regula la obtención de títulos de especialidades médicas (BOE, de 29 de agosto), en la actualidad en lo básico se rige por la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias (LOPS) (1), el Real Decreto 1146/2006, de 6 de octubre, por el que se regula la relación laboral especial de residencia para la formación de especialistas en Ciencias de la Salud (BOE, de 7 de octubre) (RD 1146/2006) (2-3), el Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada (BOE, de 21 de febrero) (RD 183/2008).

Junto a las normas precitadas deben tenerse a la vista otros instrumentos normativos, como es el caso de la Ley 55/2003 del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud (EMPE) (4-5) o del Real Decreto Legislativo 2/2015, de 23 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores (ET) (6).

La naturaleza jurídica del contrato de los MIR nos proporciona datos relevantes que inciden en su posible responsabilidad profesional –también de otros profesionales docentes del MIR o de la institución en la

que reciben formación y prestan sus servicios-. Las características principales de este contrato son las siguientes (7-10):

- a. Es un contrato laboral de carácter especial (arts. 2.1.j) ET y 20.3.f) LOPS), cuya legitimidad constitucional ha sido reconocida¹.
- b. Es un contrato formal de carácter escrito (art. 2.1 y 2 RD 1146/2006).
- c. Los MIR tienen la condición de personal estatutario (art. 6 EMPE).
- d. Es de carácter temporal (Disp. Adic. 1ª.1, pfo. 2º LOPS y art. 3 RD 1146/2006).
- e. Tiene lugar en régimen de residencia en centros acreditados (el art. 20.2 LOPS).
- f. Posee un carácter dual, formativo y asistencial (Disp. Adic. 1ª.1, pfo. 2º LOPS), carácter resaltado por la jurisprudencia².
- g. Está sometido a supervisión docente (art. 14 RD 183/2008) y también a evaluación (arts. 3 RD 1146/2006 y 16-29 RD 183/2018).
- h. Reconoce un conjunto de derechos del MIR, entre los que caben destacar: 1) Conocimiento del programa de formación (arts. 21 LOPS y 4.1.a) RD 1146/2006); 2) Designación de un tutor (arts. 4.1.b) RD 1146/2006 y 11 RD 183/2008); 3) Facilitación de una formación teórico-práctica (art. 4.1.c) RD 1146/2006; 4) Recibir información sobre funciones y tareas (art. 4.1.d) RD 1146/2006); 5) Conocimiento de los profesionales de la plantilla, a los que puede pedir su apoyo (art. 4.1.f) RD 1146/2006).
- i. Impone un conjunto de deberes, tales como: 1) Realizar el programa formativo (art. 4.2.a) y b) RD 1146/2006; 2) Conocer la normativa y la programación funcional del Centro (art. 4.2.c) y 4.2.j) RD 1146/2006); 3) Prestar sus servicios asistenciales (art. 4.2.d) RD 1146/2006); 4) Hacer un uso racional de los recursos (arts. 19.k) EMPE y 4.2.e) RD 1146/2006); 5) Cumplir con sus obligaciones deontológicas (arts. 5 de la Ley 2/1974, de 13 de febrero, sobre Colegios Profesionales (LCP), 4.5 LOPS y Código de Deontología Médica de diciembre de 2022); 6) Respetar los derechos de los pacientes (art. 10 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (LGS), la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (LAP) y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales (LOPD); 7) Deber de colegiación (art. 3 LCP); 8) Los deberes derivados de su condición de personal estatutario (art. 19 EMPE); 9) Cumplimiento del régimen de incompatibilidades (Ley 53/1984, de 26 de diciembre, de Incompatibilidades del personal al servicio de las Administraciones Públicas y en el Real Decreto 598/1985, de 30 de abril, sobre incompatibilidades del personal al servicio de la Administración del Estado, de la Seguridad Social y de los Entes, Organismos y Empresas dependientes (BOE, de 4 de mayo) (arts. 21 ET, 20.3.a) LOPS y 4.i) EMPE).
- j. Comporta una asunción progresiva de responsabilidades (arts. 15.2 LOPS, 4.1.c) RD 1146/2006 y 15 RD 183/2008). Ello constituye un pilar básico: la progresiva formación teórico-práctica del MIR, comporta una asunción también progresiva de responsabilidades profesionales. Será el Programa formativo y muy en particular las instrucciones dadas por el Tutor, las que definan los peldaños de

1 STS 3ª, Sec. 4ª, 16.12.2008, Pte. Martí García (ROJ: STS 6849/2008), FJ 2B.

2 STS 3ª, Sec. 1ª, 16.11.1993, Pte. Lescure Martín (ROJ: STS 18468/1993); STS 3ª, Sec. 1ª, 27.6.1994, Pte. Burón Barba (ROJ: STS 11744/1994); STS 3ª, Sec. 1ª, 16.11.1993, Pte. Lescure Martín (ROJ: STS 18468/1993); STSJ Madrid (C-A), Sec. 8ª, 10.12.1999, Pte. Huerta Garicano (ROJ: SYSJ M 14539/1999); STS 3ª, Sec. 7ª, 27.1.2005, Pte. Maurandi Guillén (ROJ: STS 379/2005).

progresión en ambos planos³. Este aspecto fue claramente definido cuando un órgano judicial, refiriéndose a un MIR R4 de Psiquiatría afirmó: "La supervisión de las actividades asistenciales de un MIR debe ser decreciente, en la medida en que éste vaya adquiriendo experiencia y habilidad en la práctica de la especialidad"⁴. La preparación y experiencia de un MIR justifican determinadas actuaciones profesionales⁵, no cuando son insuficientes⁶, por lo que el MIR responderá cuando se extralimita⁷, pero no tendrá responsabilidad cuando actúa siguiendo las instrucciones de Especialistas⁸ o cuando ante complicación el MIR reclama la asistencia de un Especialista⁹. Ahora bien, no todo acto médico de un MIR requiere supervisión¹⁰.

2. Las competencias profesionales del Psiquiatra

En nuestro ordenamiento jurídico carecemos de una norma explícita sobre las competencias profesionales del Psiquiatra. Aspecto éste que puso de relieve el Tribunal Supremo¹¹. Por ello, desde la doctrina se viene reclamando una delimitación de funciones (11).

Pero sí disponemos de una norma indirecta que, al contener el programa formativo de la Especialidad de Psiquiatría, nos aporta un referente valioso para solventar la cuestión. Nos referimos a la actual Orden

- 3 SAP Vizcaya (Penal), Sec. 2ª, 31.1.2008, Pte. Ayo Fernández (ROJ: SAP BI 296/2008) [Cirugía]; SAP Guadalajara (Penal), Sec. 1ª, 11.9.2008, Pte. Serrano Frías (ROJ: SAP GU 265/2008) [Urgencias domiciliarias]; STSJ Madrid (C-A), Sec. 9ª, 17.6.2010, Pte. Veron Olarte (ROJ: STS M 12458/2010) [Obstetricia]; STSJ Cataluña (C-A), Sec. 4ª, 12.7.2011, Pte. Pérez Borrat (STSJ CAT 7648/2011) [Obstetricia]; STS 3ª, Sec. 4ª, 28.3.2012, Pte. Lecumberri Martí (ROJ: STS 2064/2012) [Cirugía]; STSJ Madrid (C-A), Sec. 10ª, 28.5.2014, Pte. Aparicio Mateo (ROJ: STS M 10135/2014) [Cirugía]; STSJ Castilla y León (Valladolid) (C-A), Sec. 3ª, 26.11.2014, Pte. Millán Corada (ROJ: STSJ CL 5200/2014) [Cardiología]; STSJ La Rioja (C-A), Sec. 1ª, 12.5.2016, Pte. Ortiz Lallana (ROJ: STSJ LR 280/2016) [Urgencias]; STSJ Asturias (C-A), Sec. 1ª, 27.12.2019, Pte. Robledo Peña (ROJ: STSJ AS 3889/2019) [Cardiología]; SAP Badajoz (Penal), Sec. 1ª, 21.1.2021, Pte. Patrocinio Polo (ROJ: SAP BA 60/2021) [Obstetricia].
- 4 STSJ Madrid (C-A), Sec. 9ª, 17.11.2009, Pte. Huet de Sande (ROJ: STSJ M 13710/2009).
- 5 STS 3ª, Sec. 6ª, 24.1.2006, Pte. Lecumberri Martí (ROJ: STS 112/2006) [Cirugía]; STSJ M 3649/2022 [Traumatología]; STSJ Madrid (C-A), Sec. 9ª, 23.7.2009, Pte. Huet de Sande (ROJ: STSJ M 7681/2009) [Obstetricia]; STSJ Cataluña (C-A), Sec. 4ª, 25.1.2011, Pte. Pérez Borrat (ROJ: STSJ CAT 902/2011) [Pediatria]; STSJ Madrid (C-A), Sec. 10ª, 22.6.2011, Pte. Vázquez Castellanos (ROJ: STSJ M 9561/2011) [Oftalmología]; STSJ Aragón (C-A), Sec. 1ª, 30.9.2011, Pte. Zarzuela Ballester (ROJ: STSJ AR 1571/2011) [Obstetricia]; STSJ Madrid (C-A), Sec. 9ª, 22.11.2012, Pte. Huet de Sande (ROJ: STSJ M 16729/2012) [Obstetricia]; STSJ Castilla y León (Valladolid) (C-A), Sec. 3ª, 18.10.2013, Pte. Pardo Muñoz (ROJ: STSJ CL 4568/2013) [Traumatología]; STSJ Cataluña (C-A), Sec. 4ª, 17.1.2018, Pte. Pérez Borrat (ROJ: STSJ CAT 2191/2018) [Neurocirugía]; STSJ Madrid (C-A), Sec. 10ª, 4.3.2022, Pte. Vázquez Castellanos (ROJ: STSJ M 3649/2022).
- 6 STSJ Madrid (C-A), Sec. 9ª, 5.10.2010, Pte. Santillán Pedrosa (ROJ: STSJ M 15975/2010) [Anestesiología].
- 7 STS 2ª, Sec. 1ª, 28.12.1990, Pte. Soto Nieto (ROJ: STS 9872/1990) [Anestesiología].
- 8 SAP Navarra (Penal), Sec. 1ª, 13.5.1998, Pte. n/c, (ROJ: SAP NA 497/1998) [Urgencias]; STS 1ª, Sec. 1ª, 18.2.2004, Pte. González Poveda (ROJ: STS 1072/2004) [Cirugía]; STSJ Castilla y León (Valladolid) (C-A), Sec. 3ª, 6.6.2014, Pte. Pardo Muñoz (ROJ: STSJ CL 2470/2014) [Cardiología]; STSJ Galicia (C-A), Sec. 1ª, 20.7.2016, Pte. Díaz Casales (ROJ: STSJ GAL 5830/2016) [Cardiología].
- 9 STSJ Canarias (Tenerife) (C-A), Sec. 1ª, 19.12.2016, Pte. Hernández Cordobés (ROJ: STSJ ICAN 3050/2016) [Neurología]; SAP Barcelona (Penal), Sec. 6ª, 18.5.2017, Pte. Ramírez Ortiz (ROJ: SAP B 4110/2017) [Obstetricia]; STSJ Canarias (Las Palmas) (C-A), Sec. 1ª, 20.3.2018, Pte. Gómez De Lorenzo-Cáceres (ROJ: STSJ ICAN 1356/2018) [Oftalmología]; STSJ Murcia (C-A), Sec. 1ª, 20.7.2018, Pte. Sánchez de la Vega (ROJ: STSJ MU 1612/2018) [Obstetricia].
- 10 SAP Alicante, Sec. 4ª (Civil), 7.10.1997, Pte. Flórez Menéndez (ROJ: SAP A 82/1997) [Cirugía].
- 11 STS 3ª, Sec. 4ª, 10.10.2002, Pte. Martí García (ROJ: STS 6646/2002).

PCM/205/2023, de 2 de marzo¹², que dimana de lo establecido en el art. 21.1 LOPS, que establece: “Los programas de formación de las especialidades en Ciencias de la Salud deberán especificar los objetivos cualitativos y cuantitativos y las *competencias profesionales que ha de cumplir el aspirante al título* a lo largo de cada uno de los cursos anuales en que se dividirá el programa formativo”.

En esta Orden puede leerse en su Anexo, 7.3 (Competencias específicas de la especialidad de Psiquiatría), entre otras muchas, las siguientes: a) diagnosticar y tratar un amplio espectro de trastornos mentales y del comportamiento; b) tratar urgencias psiquiátricas; c) Realizar hospitalizaciones y cursar las altas correspondientes; d) Realizar las actuaciones previstas en la legislación civil para administrar tratamientos u hospitalizar a personas con capacidad de decidir disminuida por alteraciones de la salud mental; e) Manejar situaciones de riesgo y conducta suicida y situaciones de riesgo y conducta heteroagresiva relacionada con alteraciones de la salud mental, así como de su prevención; f) Utilizar los psicofármacos en situaciones de alta complejidad clínica y tratar las complicaciones relacionadas con los psicofármacos y otras terapéuticas de uso en Psiquiatría.

3. Sistemas de responsabilidad

3.1. Penal

La responsabilidad penal de los profesionales sanitarios es individual e indelegable, sin perjuicio de que en un acto médico puedan existir varios coautores, como luego se verá. No es asegurable, aunque sí lo es la responsabilidad civil derivado del hecho delictivo cometido (12).

Los principales tipos delictivos en que puede incurrir la actuación médica son: omisión del deber de socorro (art. 195 CP), denegación de la asistencia sanitaria o abandono el servicio sanitario (art. 196 CP), comisión por omisión en caso de muerte o lesiones (arts. 11, 138.1 y 147 CP) –es decir, el facultativo que omite auxiliar a un suicida, por ej.), detenciones ilegales (art. 163 CP) –internamiento sin cumplir los requisitos legales–, coacciones (art. 172 CP) –tratamiento involuntario fuera de los casos permitidos–, tratos degradantes (art. 173 CP) y especialmente los delitos por imprudencia (por ej. arts. 142.3 –homicidio– y 152.3 –lesiones– CP) (13-15).

3.2. Civil

Este sistema de responsabilidad puede desdoblarse en responsabilidad médica y hospitalaria (13, 16). En la responsabilidad civil médica, es de aplicación lo dispuesto en el art. 1902 Código Civil (CC), que obliga a reparar el daño a quien por acción u omisión causa daño a otro, interviniendo culpa o negligencia; responde el facultativo con sus bienes –o la aseguradora en su caso–. Será de aplicación a los MIR que presten sus servicios en establecimientos privados.

La responsabilidad civil hospitalaria se rige por lo dispuesto en el art. 1903 CC, conforme al cual han de responder “los dueños o directores de un establecimiento o empresa respecto de los perjuicios causados por sus dependientes en el servicio de los ramos en que los tuvieran empleados, o con ocasión de sus funciones”. Eso sí indemnizado el daño, el titular del establecimiento podrá “repetir” (reclamar) lo pagado a los sanitarios responsables directos del daño acaecido (art. 1904 CC). Será de aplicación a los establecimientos privados en los que preste sus servicios personal MIR.

12 Orden PCM/205/2023, de 2 de marzo, por la que se aprueban y publican los programas formativos de las especialidades de Psiquiatría y Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia, los criterios de evaluación de los especialistas en formación y los requisitos de acreditación de las Unidades Docentes Multiprofesionales de salud mental (BOE, de 4 de marzo).

En la actuación del MIR, a efectos de responsabilidad civil lo más relevante es que no se extralimite en su actuación y que respete la *lex artis ad hoc* ("criterio valorativo de la corrección del concreto acto médico ejecutado por el profesional de la medicina, que tiene en cuenta las especiales características de su autor, de la profesión, de la complejidad y trascendencia vital del acto y, en su caso, de la influencia en otros factores endógenos...", para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida...) (17).

3.3. Patrimonial

Las Administraciones públicas sanitarias (estatal, autonómicas o locales), son responsables por las lesiones que sufra un ciudadano, siempre que dicha lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos (arts. 106.2 CE y 32.1 Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público –LRJSP-) (13,18).

Para ello han de cumplirse dos condiciones: a) que el daño sea consecuencia del normal o anormal funcionamiento de dichos servicios (relación causal daño-funcionamiento del servicio) y b) que dicho daño sea efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas (art. 31.1 y 2 LRJSP).

La reclamación por daños ha de hacerse directamente a la Administración –no a los facultativos- (art. 36.1 LRJSP). Satisfecha la indemnización que pudiera proceder, la Administración "exigirá de oficio en vía administrativa de sus autoridades y demás personal a su servicio la responsabilidad en que hubieran incurrido por dolo, o culpa o negligencia graves, previa instrucción del correspondiente procedimiento" (art. 36.2 LRJSP), si bien es harto difícil encontrar casos en los que esto haya sucedido.

3.4. Disciplinaria

Baste reseñar que el MIR, cuando es personal estatutario (establecimientos públicos) está sometido al régimen de responsabilidades disciplinarias contempladas en los arts. 70-75 EMPE (13,19). En el caso de establecimientos privados es de aplicación el régimen establecido en el art. 58 ET, que remite a las disposiciones legales o al convenio colectivo que les sean aplicables.

Puede justificarse la extinción del contrato MIR por faltas disciplinarias, por ejemplo, seguidas de un procedimiento penal¹³.

3.5. Deontológica

De acuerdo al art. 36 CE, la Ley regulará el régimen jurídico de los Colegios Profesionales y el art. 1.3 LCP dispone que uno de los fines de estos Colegios es la ordenación del ejercicio profesional, entre otras medidas velando por la ética y la dignidad profesional y por el respeto debido a los derechos de los particulares, así como a ejercer la facultad disciplinaria en el orden profesional y colegial" (art. 5.i) LCP). Serán los Estatutos Generales los que regulen el régimen disciplinario (art. 6.3.g) LCP) (13,20).

La ética profesional aparece regulada actualmente en el Código de Deontología Médica de diciembre de 2022. Por su parte, el régimen disciplinario está contenido en los arts. 63-68 del Real Decreto 1018/1980, de 19 de mayo, por el que se aprueban los Estatutos Generales de la Organización Médica Colegial y del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos.

13 STSJ Castilla y León (Valladolid) (Social), 5.7.2019, Pte. Benito López (ROJ: STSJ CL 3202/2019).

Aun no siendo usual, un MIR puede ser designado como perito judicial cuando es, a la vez, facultativo asistencial de un paciente. En este caso, lo pertinente es que reclame al órgano jurisdiccional que se revoque tal designación, al ser contraria a principios deontológicos evidentes (21).

4. Escenarios de responsabilidad

Como cualquier otra especialidad profesional, sanitaria o no, el ejercicio de la Psiquiatría puede comportar una serie de responsabilidades (22-26) que, en el caso de los MIR, no sólo se refieren a estos profesionales (27-28), sino también a otros que comparten o coadyuvan a su tarea (29-31). No debe olvidarse la complejidad de relaciones jurídicas que plantea la figura del MIR en la relación triangular en que se encuentra (MIR-Tutor-Institución) (16), sin perjuicio de que intervengan otros Especialistas. En todo caso, la responsabilidad del MIR debe ser individualizada¹⁴. Pero en la práctica hay supuestos diferentes, así, responsabilidad conjunta de Especialista y MIR¹⁵ o responsabilidad de otros especialistas y no del MIR, aunque este también intervenga¹⁶.

Se ha apreciado responsabilidad de un MIR por falta de coordinación con otros servicios¹⁷. Sin embargo, no habrá tal responsabilidad si, después de la intervención del MIR, hay una demora asistencial en el establecimiento¹⁸.

Indagaremos a continuación en los principales escenarios de responsabilidad de los MIR.

4.1. Ingresos hospitalarios

Los ingresos hospitalarios involuntarios están regulados por el art. 763 Ley de Enjuiciamiento Civil (32-33), el cual admite dos modalidades: por vía ordinaria y por vía de urgencia, siendo en la práctica la más frecuente la última. En ambas es requisito imprescindible la admisión del paciente en la institución hospitalaria, previa evaluación médica (diagnóstico, aunque solo sea provisional).

No obstante, se consideró admisible un ingreso hospitalario sin evaluación, al haberse derivado el paciente al establecimiento desde otro centro, en el que ya se le había diagnosticado de brote psicótico con ideas delirantes y autoagresión. El ingreso en el segundo establecimiento del paciente sedado –

14 SAP Logroño, Sec. 1ª (Penal), 27.2.2004, Pte. Mota Bello (ROJ: SAP LO 113/2004) [Cirugía].

15 STS 1ª, Sec. 1ª, 25.11.1993, Pte. Malpica González Elipe (ROJ: 8017/1993) [Radiología]; SAP Valencia, 19.6.1995, Pte. Palop Fillol (EDJ 1995/8135) [Cirugía]; SAP Ourense, Sec. 1ª (Civil), 8.11.1997, Pte. Godoy Méndez (ROJ: SAP OU 152/1997) [Cirugía]; SAP Madrid, Sec. 14ª (Civil), 23.5.1998, Pte. De Anta Díaz (ROJ: SAP M 6234/1998) [Anestesiología]; STS 1ª, Sec. 1ª, 30.12.1999, Pte. Almagro Nosete (ROJ: STS 8561/1999) [Cirugía].

16 STS 2ª, 8.6.1981, Pte. Huerta y Álvarez de Lara (ROJ: STS 4312/1981) [Traumatología]; STS 2ª, 31.5.1982, Pte. Vivas Marzal (ROJ: STS 286/1982) [Traumatología]; STS 2ª, Sec. 1ª, 18.6.1982, Pte. Huerta y Álvarez de Lara (ROJ: STS 966/1982) [Otorrinolaringología]; STS 2ª, Sec. 2ª, 29.9.1989, Pte. Barbero Santos (ROJ: STS 12762/1989) [Obstetricia]; SAP Huelva (Penal), Sec. 2ª, 26.1.2000, Pte. García García (ROJ: SAP H 94/2000) [Cirugía]; SAP Málaga, Sec. 4ª (Civil), 24.3.2000, Pte. Arroyo Fiestas (ROJ: SAP MA 1279/2000) [Cirugía].

17 STSJ Cataluña (C-A), Sec. 4ª, 29.5.2019, Pte. Navarro Zuloaga (ROJ: STSJ CAT 11691/2019) [Urgencias/ Cardiología].

18 STSJ Canarias (Las Palmas) (C-A), Sec. 1ª, 23.7.2018, Pte. García Otero (ROJ: STSJ ICAN 4429/2018) [Obstetricia]; STSJ Canarias (Las Palmas) (C-A), Sec. 1ª, 10.10.2014, Pte. Rodríguez Falcon (ROJ: STSJ ICAN 4271/2014) [Neonatología]; STSJ Galicia (C-A), Sec. 1ª, 22.11.2000, Pte. López González (ROJ: STSJ GAL 9093/2000) [Neonatología].

con Haloperidol, Sinogan y Akineton– justificó que no fuera examinado por un MIR no especialista en Psiquiatría, aunque se condenó a responder al Centro hospitalario¹⁹.

Esta actuación facultativa no es de menor entidad, ya de que hecho comporta en el caso de los ingresos involuntarios una auténtica privación de libertad; de ahí que sea imprescindible la autorización judicial previa (ingresos ordinarios) o la ratificación judicial posterior (ingresos urgentes).

Es pertinente que se defina en el programa formativo las facultades para el ingreso. Así, se ha admitido el correcto proceder de un MIR R-1 que, tras consultar telefónicamente con el Psiquiatra encargado del Servicio de Psiquiatría, ingresó a un paciente que presentaba un brote psicótico, con ideas delirantes y de autoagresión²⁰.

En ocasiones, algún ingreso psiquiátrico puede demorarse, siempre que haya razones justificadas para ello, y no cabe por ello apreciar responsabilidad. Por ejemplo, por considerar un ingreso preferente pero no urgente, consultando el MIR –al estar la Psiquiatra titular de vacaciones– a otros dos especialistas, pero asegurándose de cumplimentar los trámites del próximo ingreso²¹.

4.2. Diagnósticos y pronósticos

Nuestra jurisprudencia no reprocha sin más un error diagnóstico o pronóstico, ya que considera que la Medicina no es una ciencia exacta²², jugando escaso papel la previsibilidad²³. Hay errores diagnósticos de MIR que no general responsabilidad²⁴. Otros sí, si son graves²⁵, es decir inexcusables²⁶. El error diagnóstico de un MIR, aunque sea compartido por un Adjunto puede generar responsabilidad²⁷, como también la genera un retraso diagnóstico²⁸.

19 STS 1ª, Sec. 1ª, 19.7.2007, Pte. García Varela (ROJ: STS 4810/2007).

20 STS 1ª, Sec. 1ª, 19.7.2007, Pte. García Varela (ROJ: STS 4810/2007).

21 STSJ Madrid (C-A), Sec. 9ª, 17.11.2009, Pte. Huet de Sande (ROJ: STSJ M 13710/2009); confirmada por el Tribunal Supremo: STS 3ª, Sec. 4ª, 29.10.2012, Pte. Lecumberri Martí (ROJ: STS 6965/2012).

22 SSTS 2ª, 17.7.1982, Pte. Rodríguez López (ROJ: STS 1312/1982) y 29.3.1988, Pte. Soto Nieto (ROJ: STS 10856/1988).

23 STS 2ª, 8.6.1994, Pte. Moyna Ménguez (ROJ: STS 4428/1994).

24 SAP Málaga, Sec. 4ª (Civil), 18.3.2000, Pte. López Cruz (ROJ: SAP MA 1179/2000) [Urgencias]; AAP Barcelona, Sec. 8ª, 31.12.2001, Pte. Vigil Levi (ROJ: AAP B 2236/2001) [Urgencias]; SAP Madrid (Penal), Sec. 7ª, 23.4.2008, Pte. Aparicio Carril (ROJ: SAP M 6990/2008) [Cardiología]; SAP Las Palmas (Penal), Sec. 2ª, 2.3.2009, Pte. Alcázar Montero (ROJ: SAP GC 422/2009) [Obstetricia]; SAP Castellón (Penal), Sec. 2ª, 2.3.2017, Pte. Antón Blanco (ROJ: SAP CS 492/2017) [Urgencias]; STSJ Comunidad Valenciana (C-A), Sec. 2ª, 2.4.2024, Pte. Pérez Tórtola (ROJ: STSJ CV 1724/2024) [Traumatología].

25 SAP Madrid (Penal), Sec. 16ª, 5.2.2001, Pte. Lamela Díaz (ROJ: SAP M 1577/2001) [Cardiología]; SAP Barcelona (Penal), Sec. 2ª, 17.7.2001, Pte. Martín García (ROJ: SAP B 7187/2001) [Cirugía]; STS 1ª, 23.9.2004, Pte. González Poveda (ROJ: STS 5904/2004); STSJ Comunidad Valenciana (C-A), Sec. 2ª, 19.7.2010, Pte. Blanes Rodríguez (ROJ: STSJ CV 5330/2010) [Neurología]; STSJ Galicia (C-A), Sec. 1ª, 15.9.2010, Pte. Rivera Frade (ROJ: STSJ GAL 8095/2010) [Urgencias]; STSJ Cataluña (C-A), Sec. 4ª, 27.6.2014, Pte. Pérez Borrat (ROJ: STSJ CAT 6669/2014) [Neurología]; SAP Toledo (Penal), Sec. 1ª, 30.6.2014, Pte. Suárez Sánchez (ROJ: SAP TO 592/2014) [Radiología]; SJdo C-A, Barcelona-9, 3.9.2015, Pte. Colorado Soriano (ROJ: SJCA 1625/2015) [Urgencias]; SJdo Penal León-1, 2.5.2018, Pte. De Aza Barazon (ROJ: SJP 528/2018) [Urgencias]; SAP León, Sec. 3ª, 9.11.2018, Pte. Miguélez del Río (ROJ: SAP LE 1275/2018) [Urgencias].

26 STS 2ª, 5.7.1989, Pte. Ruiz Vadillo (ROJ: STS 8719/1989).

27 STS 3ª, Sec. 4ª, 22.6.2010, Pte. Martínez-Vares García (ROJ: STS 4341/2010) [Cardiología].

28 STSJ Madrid (C-A), Sec. 9ª, 10.9.2010, Pte. Quesada Varea (ROJ: STSJ M 14314/2010) [Cirugía]; STSJ Castilla y León (Valladolid) (C-A), Sec. 3ª, 15.7.2011, Pte. Pardo Muñoz (ROJ: STSJ CL 3742/2011) [Pediatria].

Podrá incurrirse en responsabilidad por error diagnóstico al realizar una previa exploración física que descarte patologías orgánicas (22). Este fue el caso acontecido en un hospital público madrileño, en el que no fue detectado un posible daño neurológico –que existía–, a pesar de que el marido de la paciente había alertado de un posible infarto cerebral (por el que fallecieron los padres de esta). Fueron condenados por un delito de lesiones por imprudencia grave el Jefe del Servicio de Psiquiatría y el Adjunto responsable de Urgencias psiquiátricas, y por una falta de lesiones por imprudencia leve una MIR R2 y una MIR R4, además de declarar la correspondiente responsabilidad civil²⁹.

Se ha reconocido en algún caso que los suicidios son imprevisibles por inevitables ante el estado de conocimiento de la ciencia psiquiátrica³⁰. Es decir, el pronóstico no es infalible, y no habrá responsabilidad si se acredita un amplio reconocimiento del paciente –es este el elemento clave–. Así, no se apreció responsabilidad cuando no constaban previas ideas previas de muerte estructurada cuando un MIR de Psiquiatría, a la vista –tras una amplia exploración– de ausencia de un tratamiento efectivo mayor y el paciente estaba consciente y orientado, lo deriva a tratamiento ambulatorio, pese a lo cual el paciente fallece en su domicilio por ingesta de fármacos³¹.

4.3. Tratamientos

En materia de tratamientos conviene abordar tanto los aspectos formales, como los materiales. Formalmente, toda actuación en el ámbito de la salud requiere, como regla general, el consentimiento libre y voluntario del afectado (art. 8.1 LAP), lo cual es extensible al ámbito psiquiátrico (13,34). Es válido el consentimiento recabado por un MIR³², Pero habrá responsabilidad por la actuación de un MIR por no constar consentimiento informado³³.

Pese a lo anterior, están contempladas dos excepciones: a) no será preciso el previo consentimiento cuando “existe riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo y no es posible conseguir su autorización, consultando, cuando las circunstancias lo permitan, a sus familiares o a las personas vinculadas de hecho a él” (art. 9.2.b) LAP) y b) se otorgará el consentimiento por representación “cuando el paciente no sea capaz de tomar decisiones, a criterio del médico responsable de la asistencia, o su estado físico o psíquico no le permita hacerse cargo de su situación. Si el paciente carece de representante legal, el consentimiento lo prestarán las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho” o “cuando el paciente tenga la capacidad modificada judicialmente y así conste en la sentencia” (art. 9.3.a) y b) LAP). En estos casos nos encontramos en el escenario de los tratamientos involuntarios (35), encontrándose el MIR ante la obligación de respetar los límites legales antedichos.

Desde la perspectiva material, cabe afirmar que el MIR, salvo que se extralimite en sus funciones –por ej., llevando a cabo tratamientos para los que no se encuentra aun debidamente preparado o sin la presencia o supervisión de un Especialista–, no responderá de sus errores, ya que se produce un desplazamiento de la responsabilidad hacia el Médico Especialista –o en su caso a la Administración sanitaria– (36). Es fundamental un criterio prudencial en el empleo de psicofármacos, ya que pueden provocar importantes daños. Por ejemplo, en el caso de los antidepresivos (37) o de los neurolépticos (38). Precauciones que han de extremarse en determinadas circunstancias (por ej. embarazo y lactancia (39). Por supuesto un tratamiento farmacológico inadecuado de un MIR genera responsabilidad³⁴.

29 SAP Madrid (Penal), Sec. 15ª, 12.2.2013, Pte. Núñez Galán (ROJ: SAP M 8725/2013).

30 STSJ Madrid (C-A), Sec. 9ª, 17.11.2009, Pte. Huet de Sande (ROJ: STSJ M 13710/2009).

31 STSJ Madrid (C-A), Sec. 9ª, 23.10.2006, Pte. Del Riego Villedor (ROJ: STSJ M 13255/2006).

32 STSJ Extremadura (C-A), Sec. 1ª, 15.7.2019, Pte. Rojas Pozo (ROJ: STSJ EXT 852/2019) [Urgencias].

33 STSJ País Vasco (C-A), Sec. 3ª, 31.3.2005, Pte. López de la Riva Carrasco (ROJ: STSJ PV 1380/2005) [Anestesiología].

34 STSJ Madrid (C-A), Sec. 9ª, 31.7.2006, Pte. Pazos Pita (ROJ: STSJ M 6041/2006) [Urgencias/Cirugía].

4.4. Conductas autolíticas

En este tipo de conductas el factor clave para determinar la existencia o no de responsabilidad es la previsibilidad del acto suicida o autolítico. No siendo la conducta previsible decae la exigencia de responsabilidad³⁵. Pero si puede exigirse responsabilidad cuando no hay un adecuado seguimiento y vigilancia³⁶ o cuando hay una falta de medios humanos³⁷ o materiales (40).

Se eximió de responsabilidad a la Administración sanitaria por un paciente que se suicidó por precipitación en la vía pública, ya que el MIR cumplió la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la conducta Suicida del Ministerio de Sanidad, desestimándose la falta de idoneidad de dicha MIR, pues dicho suicidio no era previsible³⁸. Indicar en este sentido que el cumplimiento de los protocolos puede eximir o reducir la responsabilidad del MIR³⁹.

Ha habido ocasiones en las que el suicidio fue tan imprevisible como que aconteció durante la exploración y anamnesis de una paciente por un MIR R4 de Medicina Interna, y mientras realizaba la exploración, la paciente baja las barras laterales de la cama y se arroja por la ventana, falleciendo. No se apreció, por la imprevisibilidad del acto, responsabilidad alguna⁴⁰.

Cuando se habla de suicidios en establecimientos sanitarios, a veces el/la MIR es simplemente testigo de los hechos, sin ninguna intervención profesional. Fue el caso de un paciente ingresado en una dependencia de alta seguridad. Logró abrir la ventana de seguridad y se precipitó al vacío. Se valoró que la Administración si había dispuesto de medidas de seguridad y se dijo que "ante personas de las que se presume propósitos suicidas, la Administración puso los medios adecuados para evitar lo que al final, sin embargo, ocurrió; en definitiva, cumplió con su obligación de poner los medios adecuados y razonables a su alcance". La médico residente declaró ante la Inspección médica que las circunstancias del fallecido solo las conoció después de los hechos⁴¹.

4.5. Empleo de medios coercitivos

El tema del empleo de medios/ medidas coercitivas en Psiquiatría se ha convertido en recurrente en los últimos años (curiosamente no así el empleo de estos medios en otras Especialidades médicas).

Es cada vez más intenso el movimiento que aboga por su absoluta supresión. Mas lo cierto es que este objetivo no se ha alcanzado. Por eso este autor viene defendiendo que tal empleo deber estar rodeado de escrupulosas garantías (40). Es más, si se me permite una expresión de cálculo infinitesimal, debieran "tender a cero". Es fundamental la formación de los MIR en esta materia.

35 SAN (C-A), Sec. 4ª, 24.4.2002, Pte. Sanz Calvo (ROJ: SAN 2524/2002); STS 3ª, Sec. 6ª, 12.9.2006, Pte. Robles Fernández (ROJ: STS 5230/2006)); STS 3ª, Sec. 6ª, 18.12.2007, Pte. Herrero Pina (ROJ: STS 8349/2007); STSJ Comunidad Valenciana (C-A), Sec. 2ª, 29.1.2010, Pte. Manzana Laguarda (ROJ: STSJ CV 203/2010); STSJ Castilla y León (C-A), Sec. 3ª, 17.1.2014, Pte. Zataráin Valdemoro (ROJ: STSJ CL 204/2014).

36 STS 3ª, Sec. 6ª, 27.1.2001, Pte. Peces Morate (ROJ: STS 456/2001); STSJ Cataluña (C-A), Sec. 1ª, 24.5.2002, Pte. Gómez Ruiz (ROJ: STSJ CAT 6772/2002); SAN (C-A), Sec. 4ª, 17.7.2002, Pte. García Gonzalo (ROJ: SAN 4620/2002); STSJ Comunidad Valenciana (C-A), Sec. 2ª, 10.9.2008, Pte. Millán Herrandis (ROJ: STSJ CV 5810/2008).

37 SAP Granada, Sec. 4ª (Civil), 6.3.2000, Pte. Molina García (ROJ: SAP GR 653/2000).

38 STSJ Islas Baleares (C-A), Sec. 1ª, 19.7.2021, Pte. Delfont Maza (ROJ: STSJ BAL 700/2021).

39 SAN (C-A), Sec. 4ª, 18.3.2003, Pte. Guerrero Zaplana (ROJ: SAN 8395/2003) [Cirugía Cardiovascular]; SAP Almería, Sec. 3ª (Penal), 29.1.2024, Pte. Columna Herrera (ROJ: SAP AL 93/2024) [Urgencias].

40 STSJ Castilla y León (C-A), Sec. 1ª, 16.3.2021 (ROJ STSJ CL 1083/2021).

41 SAN (C-A), Sec. 4ª, 5.4.2000, Pte. Requero Ibáñez (ROJ: SAN 2319/2000).

Cualquiera que sea el devenir abolicionista, entiendo que, aunque fuera prohibido el uso de estos medios, vía considerarlos trato degradante (art. 173.1 CP), en determinadas situaciones justificadas su empleo pudiera eximir de responsabilidad de apreciarse un estado de necesidad (art. 20.5º CP).

En la situación actual cabe sugerir que los MIR de Psiquiatría pongan en conocimiento de su Tutor u otro Adjunto la prescripción de estos medios, dado su carácter indudablemente invasivo.

En el panorama jurisprudencial (40), se ha justificado el empleo de medios coercitivos en casos de agitación del paciente⁴². Pero se ha considerado inadmisibles la sujeción constante⁴³, la que se mantiene tras la mejoría del paciente⁴⁴ o cuando no es previsible que el paciente intente autolesionarse o fugarse⁴⁵.

En lo relativo a la periodicidad de seguimiento del paciente contenido, hay pronunciamientos estimando pertinente un control del personal cada 15 minutos⁴⁶ y del facultativo cada hora⁴⁷.

4.6. Altas hospitalarias

Sobre la posibilidad de que los MIR tengan capacidad para emitir altas, Palomar y Vázquez han realizado una distinción entre la situación existente antes del RD 183/2008 y la existente tras la aprobación de esta norma (9).

A la vista del RD 183/2008 se diferencia entre MIR R1 y MIR de cursos superiores. En el caso de los primeros, los Especialistas “visarán por escrito las altas, bajas y demás documentos relativos a las actividades asistenciales en las que intervengan los residentes de primer año” (art. 15.3, pfo. 2º). En el caso de los segundos, “el tutor del residente podrá impartir, tanto a este como a los especialistas que presten servicios en los distintos dispositivos del centro o unidad, instrucciones específicas sobre el grado de responsabilidad de los residentes a su cargo, según las características de la especialidad y el proceso individual de adquisición de competencias” (art. 15.4, pfo. 1º). En resumidas cuentas, los MIR R1 no pueden firmar un alta; los MIR R2 o posteriores, sí podrán hacerlo, pero sólo cuando el Tutor así se lo participe al MIR y a otros Especialistas del Establecimiento (9,16).

Es admisible el alta en determinados casos⁴⁸, pero un alta prematura dada por un MIR puede generar responsabilidad⁴⁹. Aunque en un caso no se apreció responsabilidad ya que el paciente no facilitó la información pertinente⁵⁰.

42 STSJ Comunidad Valenciana (C-A), Sec. 2ª, 22.9.2005, Pte. Basanta Rodríguez (ROJ: STSJ CV 5703/2005).

43 AAP Madrid, Sec. 4ª (Penal), 17.1.2017, Pte. García-Galán San Miguel (ROJ: SAP M 128/2017).

44 SAP Pontevedra, Sec. 3ª (Civil), 12.3.2008, Pte. Romero Costas (ROJ: SAP PO 664/2008).

45 STSJ Andalucía (Sevilla) (C-A), Sec. 2ª, 11.9.2014, Pte. Arenas Ibáñez (ROJ: STSJ AND 9644/2014).

46 STSJ Madrid (C-A), Sec. 8ª, 30.9.2010, Pte. Del Portillo García (ROJ: STSJ M 14044/2010); STS 3ª, Sec. 1ª, 18.11.2015, Pte. Jorge Barreiro (ROJ: STS 5266/2015).

47 SAP Guipúzcoa, Sec. 3ª, 12.9.2008, Pte. Suárez Odriozola (ROJ: SAP SS 1032/2008).

48 STSJ Madrid (C-A), Sec. 10ª, 26.2.2020, Pte. Rosas Carrión (ROJ: STSJ M 2327/2020) [Urgencias]; AAP Badajoz (Penal), Sec. 3ª, 17.11.2021, Pte. Bobadilla González (AAP BA 504/2021) [Urgencias].

49 STS 2ª, Sec. 1ª, 8.6.1994, Pte. Moyna Ménguez (ROJ: STS 4428/1994) [Cirugía]; SAP Madrid (Penal), Sec. 2ª, 2.11.1999, Pte. Riera Ocariz (ROJ: SAP M 14160/1999) [Urgencias]; SAP Madrid, Sec. 13ª (Civil), 17.5.2001, Pte. Bustos Gómez-Rico (ROJ: SAP M 7083/2001) [Cardiología]; STS 3ª, Sec. 6ª, 28.2.2007, Pte. Puente Prieto (ROJ: STS 2795/2007) [Neurología]; STS 3ª, Sec. 4ª, 28.3.2012, Pte. Lecumberri Martí (ROJ: STS 2064/2012) [Cirugía]; STSJ Madrid (C-A), Sec. 10ª, 11.3.2024, Pte. De Flores Rosas Carrión (ROJ: STSJ M 3099/2024) [Urgencias].

50 STSJ Comunidad Valenciana (C-A), Sec. 2ª, 28.11.2017, Pte. Fernández Carballo-Calero (ROJ: STSJ CV 7305/2017) [Urgencias].

No fue previsible el suicidio de un paciente que, con antecedentes de lesiones leves y aparente intento de suicidio con bombona de gas, fue visto por el Psiquiatra titular y una MIR de Psiquiatría, los cuales le diagnosticaron intento de suicidio y autolesión intencionada. Al día siguiente del alta, falleció en un accidente de tráfico (el Juzgado de instancia dudó de que se tratara de un auténtico suicidio). Pero la Sala del Tribunal Superior de Justicia acabó decidiendo que la evaluación psicopatológica fue adecuada y que no hubo infracción de la *lex artis ad hoc*⁵¹.

En el caso de episodios hetero o autoagresivos tras el alta médica, no siempre hay la responsabilidad de terceros. Fue el caso de una paciente que, tras el alta hospitalaria, atentó contra la integridad de sus hijos y con la suya propia. Fue condenada por tentativa de homicidio de los hijos. Descartados antecedentes psiquiátricos y patologías orgánicas, el Médico Especialista le dio la opción de permanecer ingresada, rechazándolo ella y su marido. La intervención de la MIR fue para confirmar que no apreció síntoma alguno de alteración de conducta. Es más, el marido, aunque había comentado antes del alta la existencia de ideas “extrañas” en su mujer, ello no lo comentó al especialista⁵².

En otro caso, tampoco se estimó la responsabilidad patrimonial por suicidio con la intervención de un MIR R2 de Psiquiatría. El paciente había sido encontrado en las vías del tren y tras ser examinado por el MIR le dio el alta, tras no apreciar trastornos formales del pensamiento ni contenido delirante y sin ideación autolítica. En el domicilio se dirigió a un puente desde donde se precipitó y falleció. El Tribunal hizo hincapié en un dato muy relevante, los suficientes conocimientos y entrenamientos del MIR en el caso de episodios autolíticos, por los que se apreció el correcto proceder profesional del MIR⁵³.

4.7. Confidencialidad

El art. 199.2 del Código Penal establece que el profesional que incumpla su obligación de sigilo o reserva y divulgue los secretos de otra persona, será castigado con la pena de prisión de 1 a 4 años, multa de doce a veinticuatro meses e inhabilitación especial para dicha profesión por tiempo de dos a seis años”.

Desconocemos la existencia de casos de este tipo delictivo en relación a MIR de Psiquiatría, aunque hay algún caso que merece cierta reflexión, por su eventual extrapolación al ámbito psiquiátrico. El más relevante fue objeto en su día de nuestro comentario (41).

Una MIR de Neurología prestó asistencia a una mujer ingresada en Ginecología, teniendo conocimiento por la historia clínica de que dicha mujer había tenido dos interrupciones del embarazo legales. La MIR comentó tal circunstancia a su propia madre –original de la misma localidad de la paciente–, llegando a oídos tal revelación a la hermana de la paciente –que ya conocía el hecho–.

La paciente presentó querrela criminal contra la MIR, que fue desestimada por la Audiencia Provincial de Valencia⁵⁴, que absolvió a la MIR, alegando que nada afectaba al desdoro de la paciente tal revelación, siendo irrelevante dicha información. Pero en casación el Tribunal Supremo condenó a la MIR por delito de revelación de secretos, afirmando⁵⁵, que frente a la pretendida calificación de “simples cotilleos de la sentencia de instancia...no se comparte porque la afirmación frivoliza sobre sentimientos de forma no ajustada a la realidad”. Precisamente lo grave es el “incumplimiento de

51 STSJ Navarra (C-A), Sec. 1ª, 20.11.2013, Pte. Azcona Labiano (ROJ: STSJ NA 1330/2013).

52 STSJ Canarias (Las Palmas) (C-A), Sec. 1ª, 2.6.2020, Pte. Gómez De Lorenzo-Cáceres (ROJ: STSJ ICAN 3811/2020).

53 STSJ Asturias (C-A), Sec. 1ª, 30.12.2008, Pte. Pérez Conesa (ROJ: STSJ AS 5743/2008).

54 SAP Valencia, Sec. 4ª, 14.5.1999, Pte. Urios Camarasa (ROJ: SAP V 2904/1999)..

55 STS 2ª, Sec. 1ª, 4.4.2001, Pte. Martínez Arrieta (ROJ: STS 2826/2001).

la obligación: La divulgación del hecho, en cuanto perteneciente a la intimidad, lesiona su derecho fundamental precisamente por quien está específicamente obligado a guardar secreto”. El Supremo condenó a la MIR a un año de prisión, multa de 12 meses y dos años de inhabilitación.

Esta Sentencia fue un aviso a navegantes. Comentarios, fuera de lugar, sobre datos de un paciente –en el entorno familiar o de amistades o en la Cafetería del Hospital– pueden generar responsabilidad penal.

El otro caso que conocemos es menos grave y, además, no conllevó pena alguna. Se trató de un antiguo MIR, que tras acabar la especialidad, accedió a datos de una paciente, pretendiendo hacer una investigación preliminar sobre la posible aparición de complicaciones vasculares en pacientes con enfermedades oncológicas. La investigación no dio resultados y fue abandonada. El Tribunal absolvió al acusado, al apreciar que no se apreciaba otra finalidad distinta a la meramente investigadora, y la frecuencia de esos accesos sugiere que probablemente el acusado no tomaba como punto de partida el nombre de la persona, sino otras circunstancias. La Audiencia aplicó pues el principio “in dubio pro reo”⁵⁶.

4.8. Conductas del facultativo ajenas a la actuación médica

Un MIR, como cualquier otro profesional sanitario, puede incurrir en responsabilidad por actuaciones ajenas a su cometido profesional, pero que acontecen en el seno de la institución en la que presta sus servicios.

Debemos detenernos en un caso que fue ampliamente publicitado. Leonor (nombre ficticio) era una MIR de tercer curso que trabajaba en la Clínica de la Concepción (Fundación Jiménez Díaz). El 3 de abril de 2003, portando un cuchillo de cocina de 15 cm, que llevaba oculto en su bata, apuñaló a otra MIR, a una paciente y al marido de otra paciente, que resultaron fallecidos. Asimismo, agredió, ocasionando heridas de distinta gravedad, a un Médico, dos enfermeras y dos auxiliares. La Audiencia Provincial de Madrid⁵⁷ absolvió a Leonor de 3 delitos de asesinato, 4 delitos de tentativa de asesinato, 1 delito de lesiones graves y 1 falta de lesiones, al concurrir la eximente completa de enajenación mental.

Leonor padecía una esquizofrenia paranoide, con delirios de persecución y alucinaciones que afectaba a todo tipo de relaciones sociales y laborales. En su entorno laboral algunos de sus compañeros habían comentado a sus superiores que tecleaba el ordenador estando apagado, hablaba sola, se reía sin sentido, recetaba sin hacer exploración previa, las historias clínicas las hacía mal o las dejaba en blanco, no hablaba con nadie, no iba a las sesiones clínicas pese a ser obligatorio... Un año antes se le ofreció hacerle una valoración psiquiátrica, que rechazó. E incluso al día siguiente de los hechos debía contestar si permitiría que le hicieran dicha valoración. Poco antes de lo acontecido, una de sus víctimas mortales confesó a sus allegados que temía por su vida de mano de Leonor.

Especial interés tiene la cuestión de la responsabilidad civil derivada de delito. En este aspecto, la Sentencia referida, invocando el art. 120.4º Código Penal, es rotunda: “no cabe duda de que la Fundación Jiménez Díaz debe responder de forma subsidiaria del pago de las indemnizaciones fijadas en la presente sentencia, no solo porque la acusada se encontraba en el Hospital como médico residente de 3º curso y trabajaba con contrato de la citada Fundación, sino también, porque por los responsables de ésta se conocía su estado y situación y no se adoptó medida alguna tendente a evitar un resultado que en cierta medida era previsible y evitable”. Y es que, tanto el Jefe de Servicio como los Adjuntos conocían la situación. Reitera la Sentencia que la existencia de testimonios [que] ponen

56 SAP Barcelona, Sec. 5ª (Penal), 28.2.2020, Pte. De Ramón Fors (ROJ: SAP B 2050/2020).

57 SAP Madrid, Secc. 16ª (Penal), 5.6.2006, Pte. Lamela Díaz (ROJ: SAP M 5401/2006).

de relieve no solo que cualquier persona que se relacionaba con Leonor podía apreciar el estado de la misma, sino que las personas que con ella trabajaban habían puesto en conocimiento de sus superiores su estado, sus temores y el peligro que suponía su mantenimiento en el Hospital, pese a lo cual ninguna medida fue tomada por los responsables del mismo a fin de evitar cualquier evento dañoso para los trabajadores, pacientes y cualesquiera otras personas dentro del Centro Hospitalario, medida que probablemente hubiera evitado el acaecimiento de los hechos que han sido objeto de enjuiciamiento”.

En resumidas cuentas, estamos ante una crónica de unas muertes anunciadas que ponen de relieve la obligación de actuar, especialmente de los responsables de un médico (MIR en este caso).

La Sentencia de 2006 impuso a Leonor, como medida de seguridad, internamiento psiquiátrico en centro penitenciario durante 25 años. No obstante, no cumplió tal plazo, al serle sustituido el internamiento por tratamiento ambulatorio con custodia familiar en 2017, tras haber disfrutado de numerosas salidas terapéuticas –algunas de ellas sin acompañamiento alguno–. En septiembre de 2021, Leonor acudió a un supermercado, portando oculto un cuchillo de grandes dimensiones, atacando a la cajera y a otra empleada del establecimiento. Personada la Policía Local, intentó arremeter con el cuchillo –sin conseguirlo– a uno de los agentes. Leonor dio su conformidad a la petición de la acusación y fue absuelta de dos delitos de asesinato en grado de tentativa y de un delito de atentado, y en consecuencia se le impuso 33 años y un día de internamiento en establecimiento psiquiátrico penitenciario⁵⁸.

Dos conclusiones del caso parecen evidentes: 1ª) La institución (sus responsables más directos) no adoptaron las medidas pertinentes con la MIR, que tantos síntomas mostraba de trastornos psíquicos; 2ª) El sistema penitenciario no valoró adecuadamente el riesgo futuro de Leonor o, cuando menos el sistema judicial no implantó un seguimiento más estricto de dicha paciente.

Contacto: Luis Fernando Barrios Flores ✉ luisfbarrios2@gmail.com
Área de Derecho Administrativo • Departamento de Estudios Jurídicos del Estado.
Facultad de Derecho, Universidad de Alicante • Campus de San Vicente del Raspeig.
Ap. 99. E-03080 Alicante.

Bibliografía

1. Palomar, A. La ordenación de las profesiones sanitarias: antecedentes y situación actual. En Larios D. (Coord.). Marco jurídico de las profesiones sanitarias. Valladolid: Lex Nova; 2007: 19-42.
2. Baz, J.: La nueva regulación del contrato de trabajo de los residentes en formación. Análisis del Real Decreto 1146/2006, de 6 de octubre. Derecho y Salud 2007; 15 (2): 237-288.
3. De la Puebla, A. La relación laboral especial de residencia para la formación de especialistas en ciencias de la salud. Comentario al RD 1146/2006, de 6 de octubre (BOE 7 de octubre de 2006). Relaciones Laborales 2007; 1: 797-813.
4. Sala, T. El Estatuto marco del personal estatutario de los servicios de salud (Comentarios a la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, BOE de 17 de diciembre). Valencia: Tirant lo Blanch; 2004.
5. González, P. y Lizarraga, E. (Coords.). Comentarios a la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud. Madrid: Thomson-Cívitas; 2005.

58 SAP Madrid, Sec. 6ª (Penal), 21.11.2023, Pte. Abad Crespo (ROJ: SAP M 17362/2023).

6. Blasco, AA (Dir.). Comentarios al Estatuto de los Trabajadores. Valencia: Tirant lo Blanch; 2023.
7. García-Murcia, J. La relación laboral especial de residencia con fines de especialización sanitaria. *Derecho y Salud* 2007; 15 (Extra 1): 1-8.
8. Baz, J. El contrato de trabajo de los residentes sanitarios: un estudio de la relación laboral especial de residencia para la formación de especialistas en Ciencias de la Salud. Albacete: Bomarzo; 2008.
9. Palomar, A. y Vázquez, J. Los médicos internos residentes: régimen jurídico del MIR. Madrid: Dykinson; 2009.
10. Lalaguna, E. La relación laboral especial de residencia para la formación de Especialistas en Ciencias de la Salud. Valencia: Tirant lo Blanch; 2014.
11. Moreno, P. y Moreno, M.A. El ámbito de actuación de cada especialidad en la formación especializada en Ciencias de la Salud. Consideraciones jurídicas. *Diario La Ley* 2021; 9785.
12. Asensi, E. y Cid-Luna, I. El seguro de responsabilidad civil profesional en el ámbito sanitario. En Larios, D., González, L. y De Montalvo, F. (Coords.). Tratado de Derecho Sanitario. V. II. Cizur Menor (Navarra): Thomson Reuters Aranzadi; 2013: 317-348.
13. Barrios, LF. y Barcia, D. El marco jurídico de las urgencias psiquiátricas. Madrid: You & Us; 2005.
14. Cruz, MJ. La imprudencia penal del médico interno residente en formación (MIR), de su tutor y de otros especialistas encargados de su supervisión. En Morillas, L., Cueva, L., Suárez, JM y Benítez, IF. Estudios jurídicos sobre responsabilidad penal, civil y administrativa del médico y otros agentes sanitarios. Madrid: Dykinson; 2010: 201-240.
15. González, J. e Hidalgo, A. Responsabilidad penal sanitaria. En Larios, D., González, L. y De Montalvo, F. (Coords.). Tratado de Derecho Sanitario. V. II. Cizur Menor (Navarra): Thomson Reuters Aranzadi. 2013: 99-143.
16. Paniza, A. El régimen de responsabilidad aplicable al médico interno residente. *Lex artis, extralimitación y falta de diligencia exigible*. *Revista Aranzadi de Derecho Patrimonial* 2016; 40: 129-163.
17. Martínez-Calcerrada, L. La responsabilidad civil médico-sanitaria: (especial juego de la *lex artis ad hoc*). Madrid: Tecnos; 1992.
18. Panes, L.A. Responsabilidad patrimonial de los servicios de salud. En Larios, D., González, L. y De Montalvo, F. (Coords.). Tratado de Derecho Sanitario. V. II. Cizur Menor (Navarra): Thomson Reuters Aranzadi; 2013: 71-97.
19. Vázquez, J. Régimen disciplinario en el ámbito del Sistema Nacional de Salud. En Larios, D., González, L. y De Montalvo, F. (Coords.). Tratado de Derecho Sanitario. V. I. Cizur Menor (Navarra): Thomson Reuters Aranzadi; 2013: 1333-1376.
20. Pacheco, M.A. Ordenación deontológica de las profesiones sanitarias. En Larios, D., González, L. y De Montalvo, F. (Coords.). Tratado de Derecho Sanitario. V. I. Cizur Menor (Navarra): Thomson Reuters Aranzadi. 2013; 1033-1057.
21. Barrios, LF. La imparcialidad del perito psiquiatra/psicólogo en el proceso penal. En Jimeno, M. y Pérez-Gil, J. Nuevos horizontes del Derecho Procesal. Libro-Homenaje al Prof. Ernesto Pedraz Penalva. Barcelona: Bosch; 2016: 493-518.
22. Carrasco, JJ. Responsabilidad médica y Psiquiatría. Madrid: Colex; 1990.
23. Gómez, M. La responsabilidad profesional del psiquiatra: (el equipo psiquiátrico, derechos del paciente, protección de datos, responsabilidad por daños, suicidios, peritajes psiquiátricos, documento de consentimiento, historia clínica, etc.). Barcelona: Atelier; 2009.
24. Méndez, T. La responsabilidad sanitaria de los médicos internos residentes (MIR). *Responsabilidad civil y seguro* 2012; 25: 13-26.

25. Barrios, LF. Responsabilidad en psiquiatría (I) (Cap. 307). En Delgado S. y Maza, JM (Coords.). Tratado de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Tomo V. Psiquiatría Legal y Forense. Barcelona: Bosch; 2013: 1341-1361.
26. Marco, CM. La responsabilidad del personal sanitario en formación. Derecho y Salud. 2019; 29 (Extra 1): 220-231.
27. Calcedo-Barba, A. La responsabilidad profesional del residente de Psiquiatría: manejo de las situaciones con riesgo de demanda. I Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría Legal. Alicante, 16, 17 y 18 de noviembre de 1994: 189-197.
28. Barrios, LF.: La responsabilidad profesional del Médico Interno Residente. Derecho y Salud 2003; 11 (1): 1-21.
29. Ballarín, A., López, A. y León, F. La responsabilidad legal del tutor. FMC 2011; 18: 633-638.
30. Moreno, F. Responsabilidad del Médico Interno Residente. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM). 2018.
31. Organización Médica Colegial. Responsabilidad de los residentes de Ciencias de la Salud, tutores y especialistas. Madrid: Organización Médica Colegial de España-Fundación para la Protección Social. 2022.
32. Barrios, LF. El ingreso psiquiátrico involuntario de carácter urgente: una revisión, tras la STC 141/2012, de 2 de julio. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría 2012; 32 (116): 829-847.
33. Delgado, S., Barrios, LF y López-Mora, N. Aspectos médico-legales del internamiento involuntario y del tratamiento ambulatorio involuntario (Cap. 274). En Delgado S. y Maza, JM (Coords.). Tratado de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Tomo V. Psiquiatría Legal y Forense. Barcelona: Bosch; 2013: 537-565.
34. Sánchez-Caro, J. y Sánchez-Caro, J. El consentimiento informado en psiquiatría. Madrid: Díaz de Santos; 2002.
35. Barrios, LF. Tratamientos sanitarios involuntarios (Cap. 25). En Delgado, S. y Bandrés, F. (Coords.). Tratado de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Tomo 1. Volumen I. Derecho sanitario y Medicina Legal del Trabajo. Barcelona: Bosch; 2011: 589-611.
36. Beltrán, JL. Derecho sanitario de Navarra. Instituto Navarro de Administración Pública-Gobierno de Navarra; 2005.
37. Barrios, LF. Responsabilidad en psiquiatría (y II). Psicofarmacología (Cap. 308). En Delgado, S. y Maza, JM (Coords.). Tratado de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Tomo V. Psiquiatría Legal y Forense. Barcelona: Bosch; 2013: 1363-1385.
38. Sánchez-Caro, J. y Sánchez-Caro, J. Síndrome neuroléptico maligno y consentimiento informado para el tratamiento con antipsicóticos. Revista de Administración Sanitaria 1998; 7: 129-139.
39. Barrios, LF. Capítulo 4: Aspectos legales del uso de psicofármacos en embarazo y lactancia. En Zardoya MJ, Medrano J y Pacheco, L (Editores). Uso de psicofármacos durante el embarazo y la lactancia. 2ª edic. Vitoria-Gasteiz: Osakidetza-Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco; 2016: 80-106.
40. Barrios, LF. Uso de medios coercitivos en los ámbitos sanitario y sociosanitario. Derecho y Salud 2019; 29 (Extra): 66-107.
41. Barrios, LF. Protección de la confidencialidad en la práctica médica. Comentario a la STS 2ª, 4 abril 2001. El Derecho 2001; 1502: 1-6.

- Recibido: 10/10/2024.
- Aceptado: 02/12/2024.

Experiencias creando un grupo terapéutico para mujeres cuidadoras: primeros pasos y emancipación.

Experiences creating a therapeutic group for women caregivers: First Steps and Emancipation.

María Villasante Holgado. P. I. R. - 4.

Laura Rivera Megías. P. I. R. - 4. Unidad de Salud Mental Comunitaria Atarfe. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada, España.

Resumen: En el presente artículo se describe la experiencia de trabajo grupal realizada en una Unidad de Salud Mental Comunitaria perteneciente al Hospital Universitario Virgen de las Nieves con mujeres atendidas en este. El enfoque se basó en el género, tratando de dar una respuesta a los malestares de mujeres de diversa edad y sintomatología que tendían a cronificarse en el servicio sin lograrse mejoría. Se presenta el desarrollo desde el inicio al fin de tres grupos psicoterapéuticos dirigidos por parte de las residentes de Psicología Clínica, analizando las particularidades halladas en este tipo de intervención.

Palabras clave: Salud mental, Género, psicoterapia grupal, mujer.

Abstract: The present article describes the experience of group therapy conducted in a Community Mental Health Unit belonging to Virgen de las Nieves University Hospital with women served therein. The approach was based on gender, aiming to address the discomfort experienced by women of varying ages and symptoms that tended to become chronic within the service, without improvement. The development of three psychotherapeutic groups led by Clinical Psychology residents is presented, analyzing the specificities found in this type of intervention from beginning to end.

Key words: Mental Health, Gender, Group Therapy, women.

1. Introducción

Las ciencias de la salud no son ajenas al contexto histórico y social en el cual se desarrollan y, por lo tanto, han reproducido el modelo hegemónico patriarcal tradicional. Para estas ciencias, especialmente en el caso de la medicina, la mujer ha sido invisible hasta finales del siglo XX, cuando ha comenzado a incluirse en los estudios e investigaciones científicas (1). En palabras de Carmen Valls (1) *"la ciencia médica nació sesgada porque nació androcéntrica"*. Las mujeres han sido un objeto pasivo de investigación, quedando anuladas como agentes de su vida y enmudecidas para contar su propia historia (2).

Son muy frecuentes los casos en los que cuando la medicina no encuentra explicaciones para alguna dolencia o afección física, suele negar que sea real y sugiere que es de origen psiquiátrico, especialmente cuando se trata de los cuerpos de las mujeres (3). Como consecuencia, las mujeres tardan más tiempo en recibir un diagnóstico y consumen un mayor número de fármacos (1).

En lo relativo a la psiquiatría y a la salud mental, utilizando las palabras de Carmen del Río (4), *"la locura femenina a lo largo de los siglos siempre ha estado sesgada por una visión biologicista, androcéntrica y patriarcal"*. A finales del siglo XIX, la locura se describe con atributos femeninos, por lo que las mujeres

tenían más posibilidades de ser catalogadas como enfermas, un ejemplo de esto puede verse en etiquetas diagnósticas como la histeria. Siguiendo el concepto de “*doble estándar*” de la enfermedad mental de Chester, las mujeres podían ser etiquetadas como enfermas mentales según aceptasen o rechazasen las características estereotípicas del rol femenino, como eran la sumisión, la debilidad, la pasividad y la emotividad (2), (5). Siguiendo a María Jose Ruiz Somavilla e Isabel Jiménez Lucena (5), existe otra corriente que interpreta la locura femenina como “*un refugio, un lugar donde protegerse de las estrategias opresoras del sistema patriarcal, una vía de escape a la domesticidad, un instrumento de resistencia que permitirán actuar fuera de los estereotipos y roles establecidos*”, constituyendo de esta manera una forma de rebelión contra los estereotipos de género establecidos.

En la actualidad, según los datos recogidos en la encuesta nacional de salud (2017) (6), los diagnósticos de ansiedad y depresión son algo más del doble de frecuentes en mujeres que en hombres, siendo también mayor la prevalencia de somatizaciones, trastornos de la conducta alimentaria, fibromialgia, fatiga crónica y dolor. Asimismo, se ha visto que en las mujeres los episodios depresivos son más largos, las recidivas son más frecuentes y hay una mayor cronicidad del trastorno. Otros datos interesantes que nos aporta esta encuesta son que los intentos de suicidio son 3 veces más frecuentes en las mujeres, de cada 10 personas que consumen antidepresivos o ansiolíticos, más de 8 son mujeres y 8 de cada 10 personas que consultan en Atención Primaria por síntomas a los que no se les encuentra causa médica, también son mujeres (6).

Asimismo, existe un mayor porcentaje de mujeres atendidas en Unidades de Salud Mental Comunitaria, esto puede ser debido a que recurrir a los servicios de salud para buscar ayuda es más esperable en las mujeres, debido a que, por razones sociales, se acercan más al sistema sanitario como principales responsables del cuidado a familiares y allegados. La respuesta más habitual que reciben estas mujeres es la medicalización, se les suele pautar un tratamiento farmacológico sin tener en cuenta contexto social y circunstancias vitales. El espacio psicoterapéutico grupal descrito en este artículo surge precisamente por esta razón, tratando así de dar una respuesta más amplia al malestar que presentan estas mujeres. Intentando realizar una lectura del síntoma que tenga en cuenta al contexto en el cual surge, entendiendo este como un emergente de lo que está sucediendo en la vida de esa persona.

La psicoterapia grupal está siendo empleada en el contexto público, no solo por su eficiencia a nivel de gestión de recursos, sino por su amplia aplicabilidad y resultados terapéuticos, Gómez (2019) señala su facilidad para coordinar a los profesionales (pasando del agrupamiento a grupo y finalmente a equipo) (7), junto con la disminución del “estigma” de las patologías mentales, permitiendo que los pacientes puedan cuestionar las causas que lo social y lo “científico” han dado a su malestar, el origen biológico. Esta modalidad posibilita estudiar los comportamientos del individuo a través del contexto en el que se encuentra, a través de sus vínculos (8). Si se comprende a la persona como constituida a través de redes grupales, institucionales y sociales, construyendo diferentes interrelaciones a través del lenguaje con los otros, podemos deducir, siguiendo ideas pichonianas, que “*enfermamos y sanamos en grupo*”. Asimismo, la recuperación va a ser de tipo relacional, ya que esta implica condiciones externas e internas, requiriéndose tanto el análisis del individuo como el contexto social de este, siendo imprescindible tener en cuenta características vinculares en la mejoría del paciente (9).

Cabe preguntarse: ¿por qué mujeres?, ¿por qué una terapia grupal que no distingue por fenomenología patológica sino por condición social?

Tras lo expuesto, entendemos que es este condicionamiento social el que se pone de relevancia en la experiencia, igualmente social, del grupo terapéutico. Permitiendo un trabajo que no atiende tanto a las variadas muestras de patología que una circunstancia insalubre genera, como a esta misma circunstancia originaria. En palabras de A. Távara (2007) (10) “*entendemos que las mujeres que consultan son las portavoces de un problema que es grupal: la desigualdad jerárquica entre los hombres y las mujeres*”, habiendo sido esta desigualdad ampliamente estudiada y enmarcada desde la perspectiva de género, de la que nos valemos a la hora de evaluar tanto los factores patogénicos como las posibilidades salutogénicas de una intervención que atiende a esta circunstancia. Siguiendo a Lagarde (1996) (11) “*la perspectiva de género tiene como uno de sus fines contribuir a la construcción*

subjetiva y social de una nueva configuración a partir de la resignificación de la historia, la sociedad, la cultura y la política desde las mujeres y con las mujeres”, definición altamente compatible con el propio proceso terapéutico y motivo por el que promovemos un trabajo exclusivo por y para mujeres.

Se trata de mujeres que, pese a lo variado de su psicopatología y diagnósticos (distimia, episodio depresivo, trastorno adaptativo, trastorno ansioso-depresivo...), muestran idéntica situación de sobrecarga familiar y laboral: son madres e hijas cuidadoras de un hogar, un trabajo y unos familiares, que asumen estas tareas como identitarias, ligándose el surgimiento de la enfermedad limitante a un malestar característico de los llamados mandatos de género. Esta circunstancia no es extraña, ya que, como señala García (2021) (12), *“este trabajo diario [cuidados a otros] tiende a repetirse y a no valorarse, puesto que reproduce la vida, siendo señalado solamente cuando no se realiza o se ejecuta mal”*. Suelen identificarse como causa de este malestar, no solo la sobrecarga de esta tarea, sino la posición intrínseca de subordinación al otro y dependencia que esta socialización comporta para las pacientes, debido a que *“las mujeres se construyen desde el yo en relación, priorizando las necesidades de apego”*, Baker (1992) (13). Esta situación provoca que las mujeres sean esencialmente dependientes de su utilidad al cuidado de los demás, inválidas (en el sentido literal de la palabra) cuando una condición de enfermedad sobreviene e imposibilita su capacidad como cuidadoras. En este contexto, siguiendo a Carmen Sáez de Buenaventura, podemos entender los síntomas como una huelga inconsciente, que permitirá a las mujeres que los padecen poder negarse a asumir estos mandatos de género (10).

Así, en la creación de este grupo se optó por abordar esta condición de mujeres a fin de, en la grupalidad, trabajar desde la simetría y creación compartida el malestar intrínseco a los mandatos de género, cómo se han constituido en torno a ellos y la forma en que, desde su experiencia personal atravesada por la pluralidad del grupo, podrían reconsiderar o reubicarlos, de modo que no supusieran una fuente de malestar psicológico. Se trata de promover un proceso emancipatorio, un pasar de sujeto de necesidad a sujeto de interés,

como diría Pichón-Rivière (10), un paso de *“vivir de espaldas a ellas mismas, como seres para-los-otros [...] para salir de la enajenación para actuar cada una como un ser-para-sí y, al hacerlo, enfrentar la opresión, mejorar sus condiciones de vida, ocuparse de sí mismas y convertirse por esa vía en protagonistas de su vida”* (11).

2. Descripción grupal

El trabajo grupal que se describe en el presente artículo se desarrolla en la Unidad de Salud Mental Comunitaria de Atarfe, perteneciente al Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada. Las Unidades de Salud Mental Comunitaria constituyen la puerta de entrada a la red de salud mental, siendo el primer nivel de atención especializada tras la derivación por parte de los médicos de Atención Primaria. En los últimos años, la demanda asistencial está aumentando de forma significativa, lo cual repercute de forma negativa en el periodo de demora de la primera consulta, así como en la frecuencia de las revisiones. Este proyecto grupal comenzó a gestarse al observar un perfil de paciente que se repetía continuamente: mujeres de mediana edad que consultaban con clínica ansiosa, depresiva o somatizaciones. También solía repetirse, en la mayoría de ellas, un mismo patrón de atención asistencial: múltiples consultas de acto único que valoraban el síntoma de forma aislada, descontextualizándolo de lo social, y que respondían al malestar expuesto con una prescripción farmacológica.

A fin de desarrollar esta idea de trabajo grupal, las residentes de psicología que se encontraban rotando por el servicio plantearon el proyecto al resto de miembros del equipo, para tratar así de dar una respuesta más completa a estos malestares y también reducir la carga asistencial del equipo, dar salida y una atención intensiva e integral a pacientes que de otro modo sufrían riesgo de ralentizar su proceso de mejora y causar saturación en el servicio. Esta actividad supuso una instancia de aprendizaje y profundización de la formación de las residentes, que contaron en todo momento con la tutela y

supervisión grupal de este trabajo, en horas docentes especialmente dedicadas a esta labor, en las que se trabajó el material práctico del que se nutre esta intervención, así como se llevó a cabo la supervisión experiencial en la que participaron no solo residentes del Hospital Universitario Virgen de las Nieves, sino también de otros dos hospitales de la red de salud pública de Granada: Hospital Universitario Clínico San Cecilio y Hospital Comarcal Santa Ana.

Una vez explicado este proyecto a los miembros del equipo y con el visto bueno de la coordinadora del dispositivo, los facultativos comenzaron a derivar multitud de mujeres con la problemática anteriormente descrita. Se concertaba una cita presencial para una primera entrevista con las terapeutas del grupo, de modo oral y semiestructurado, en la cual se les explicaba a las pacientes en qué consiste el trabajo psicoterapéutico en grupo, las ideas teóricas relacionadas con la perspectiva de género sobre las que se asentaba, y se aplicaban los cuestionarios STAI, BDI, SCL-90 R y PHQ-9, para concretar el estado psicopatológico inicial de las participantes.

A continuación, se describen los grupos llevados a cabo por estas residentes en el periodo entre los años 2021 y 2023.

Durante este periodo, se han realizado un total de tres intervenciones grupales, todas ellas con un encuadre similar. Se realizaron un total de 10 sesiones, con una frecuencia semanal, con duración de hora y media. El espacio era dirigido por las dos residentes de psicología, y una media hora antes de finalizar se realizaba un resumen de la sesión.

En cuanto a la selección de las participantes, se establecieron los siguientes criterios de exclusión: ideación autolítica activa o en primer plano en el discurso, sintomatología psicótica activa, clínica afectiva mayor en el momento, otros factores que imposibilitaran la adherencia al grupo (incapacidad de desplazamiento para mantener un compromiso firme de acudir, dificultad en la escucha que impidiera seguir el curso de la conversación, etcétera). En total, fueron derivadas para tratamiento grupal 41 mujeres. En base a los criterios antes establecidos, así como a la negativa de alguna de las mujeres a iniciar tratamiento grupal, finalmente se realizó esta intervención en un total de 29 mujeres, de las cuales 16 fueron dadas de alta tras la psicoterapia grupal. En un primer momento, la mayoría de mujeres que eran derivadas al espacio grupal, eran pacientes que llevaban varios años en tratamiento psicológico o psicofarmacológico en la USMC, y que presentaban una sintomatología más cronicada. Con la experiencia grupal, se vio que las mujeres que más se beneficiaban de esta intervención eran aquellas con un corto recorrido por la red de salud mental y con una clínica de reciente aparición.

En la entrevista inicial anterior al inicio del grupo, mostraron similares dudas respecto a iniciar este tratamiento, manifestando sus reparos y temores en torno a la confidencialidad, especialmente mostrando miedo a conocer a alguna otra participante del exterior, siendo esto un motivo de vergüenza y recelo. También expresaron recelo acerca de escuchar los problemas de otras personas, alegando una fuerte empatía y temor a empeorar anímicamente. Una vez finalizado el tratamiento grupal, fueron de nuevo citadas para una entrevista individual en la cual se hizo una pequeña devolución y se aplicaron de nuevo los cuestionarios entregados antes del inicio del grupo. La mayoría de ellas refirieron mejoría en la sintomatología clínica, así como un cambio en la forma de entender y afrontar lo que les estaba sucediendo, a pesar de continuar atravesando situaciones personales complicadas (duelos, cuidados a un familiar enfermo...).

3. Experiencia grupal: “cosas de mujeres”

A continuación, se analiza en detalle el contenido de los grupos realizados. Se identifican en los grupos diversas fases que se repiten y permiten observar el avance; fácilmente reconciliables con postulados como la relación con la tarea de Pichon-Rivière (14), los supuestos básicos de Bion (15), o fases semejantes a las que Távora (10) identifica en su propio trabajo grupal con mujeres:

Fase inicial: “quiero pincharme la arruga del enfado”

Esta primera fase grupal es un momento de ansiedad paranoide, de defensas y fugas del grupo. Identificando los supuestos básicos de Bion (15), las participantes manifiestan el supuesto de ataque-huida, creándose en el grupo un clima de unidad y armonía en oposición a la crítica a un mal externo, ya sea por parte de los profesionales de la institución o por familiares. Se crea un ambiente no confrontador en el espacio que facilita la adherencia de las participantes, mostrando un primer momento de predominancia del cuidado.

Mientras que esta fase fue extensa en el primer grupo (“veo que todas pasamos por lo mismo”; “a todas nos ha pasado igual”; “las escucho a ellas y es como escucharme a mí”), la mayor diversidad y número de participantes del segundo grupo dificultó este momento. Esto generó una frecuente intervención de las terapeutas que trataban de dinamizar el grupo para facilitar el abandono progresivo de las defensas, lo que cristalizó en un clima de suspicacia entre participantes y terapeutas, ya que la frágil identificación propició un aumento de las defensas paranoides, contra el Sistema de Salud, las terapeutas y el resto de participantes, creando un clima de desconfianza y hostilidad (“somos demasiado diferentes”; “somos demasiado parecidas, no me viene bien escuchar todo el rato los mismos problemas”; “¿de verdad esto va a beneficiarme?”; “¿esto es todo lo que puede hacer el SAS? ¿Juntarnos a todas?”). Ante esta situación, se dedicó una sesión a tratar de abordar este malestar, finalizando con la renuncia de dos participantes. Tras este incidente, las mujeres restantes retomaron el clima de unión y apoyo, recordando por motu propio por qué asistían al grupo, qué les inquietaba y qué fantasías y expectativas colocaban en este.

Tras esta experiencia, en el último de los grupos expuestos, las terapeutas fueron especialmente pausadas en esta primera fase, favoreciendo la expresión de unidad, que se manifestó en diversas muestras amorosas y fusionales (abrazos, pañuelos, preguntarse por su día a día aun cuando todavía no eran capaces de recordar sus nombres), reconociendo la importancia de la creación de un espacio seguro, similar al momento de pre-tarea, antes de dar lugar al trabajo en la tarea (14).

Fase intermedia: “algo me está pasando que no me deja cuidar a mi madre como tendría”

Tras el movimiento fusional inicial, las defensas comienzan a disminuir y permiten a las participantes empezar a escucharse y tomar conciencia de sus diferencias. Aquí es cuando aparece la ansiedad depresiva, prevaleciendo resistencias de corte más agresivo hacia las otras participantes por no entenderlas o ser inferiores en dolencias, a las terapeutas por exponerlas a los relatos de las demás. En este momento, la resistencia puede tomar la forma de profunda desconfianza al trabajo grupal y provocar un abandono, tal y como pasó en la segunda edición, o también dando un vuelco hacia la confrontación mutua y comienzo de la autorreflexión. Los temas discutidos son cada vez más identitarios, menos centrados en las historias particulares (presentan temas oscilantes entre maternidad, piedad filial, egoísmo, compasión, duelo y dolor crónico, autoexigencia y agotamiento). Se establece un equilibrio entre la identificación de una misma y los vínculos con otras, sin anularse en estos, y se comienza a observar la repetición en el espacio grupal del modo de funcionar en el exterior (dificultad para escucharse entre ellas y a ellas mismas; petición de trabajo, hacer para no pensar; queja del poco cuidado que reciben de los demás en oposición al que ellas ofrecen).

En estos grupos, de problemáticas diversas y momentos vitales muy distintos, las identificaciones parentales son frecuentes (dinámicas madre-hija), así como las comparaciones y cuestionamientos de la validez de algunas participantes para estar en el grupo por la supuesta menor gravedad de sus síntomas. Todos los grupos fueron muy emocionales, pasando del clima amoroso y cuidador al reproche al exterior, las instituciones, el personal de Salud Mental y otras unidades y las personas cercanas a ellas como parejas, padres, madres e hijos. Se apreció una importante tendencia a no sostener el sufrimiento ni la tristeza, volcándose el grupo en dar consejos y buscar soluciones cuando una participante se

mostraba desalentada, hasta orientarse finalmente hacia la autocrítica y autocuidado, empleando como recurso habitual el humor para rebajar la tensión emocional. Han sido grupos caracterizados por el gran aporte de material y celeridad del trabajo, dejando escuetos espacios para el silencio reflexivo, que siempre ha requerido de la guía de las terapeutas para frenar el ritmo de trabajo al que estas participantes están acostumbradas.

Fase final: *"me he vuelto egoísta"*

En este momento las participantes consiguen articular su angustia y escuchar, sosteniendo el malestar propio y de sus compañeras sin sugerir soluciones ansiolíticas rápidas, dando paso de la identificación a los señalamientos cuidadosos, forjándose entre las más afines algunos vínculos auténticamente amorosos. Es el momento de los cuestionamientos sobre sí mismas (*"soy incapaz de hacer nada por mí, lo hago por los demás"*; *"he sido siempre fuerte por alguien, ahora no sé ser fuerte por mí"*; *"yo me duelo a mí misma"*; *"me he vuelto egoísta"*; *"no sé cómo soltar, porque ya me pesa mucho"*; *"no me puedo permitir necesitar ayuda"*; *"decir no es ser mala"*; *"¿por qué no puedo ser mala?"*), y de las pequeñas movilizaciones en sus vidas, con efectos revolucionarios (*"ya no me estreso cuando llego a casa y los platos están sin fregar... he decidido sentarme con mi marido a comer pipas un rato; después nos ponemos a limpiar"*).

Especialmente significativo fue el ejemplo del último grupo realizado, en el que las participantes buscaron el encuentro uno vez finalizado el grupo, en encuadre similar, desde vínculos de amistad y consejo, en los que aportaron desde sus conocimientos e individualidad (cada una compartía de sus aficiones, mostrando a las demás técnicas de yoga, meditación, jardinería, etcétera). Este encuentro se trató de realizar inicialmente en el grupo, siendo reformulado por las terapeutas como una actividad para ser realizada fuera del sistema de salud, como propia de la vida cotidiana, sin el parapeto o excusa del malestar como requisito para poder mantener un encuentro ocioso.

A lo largo de toda la experiencia grupal se pudo observar cómo había algunas temáticas que se repetían en el transcurso de todos los espacios grupales realizados:

- Vínculos filiales: aunque con frecuencia se nombraban diferentes vínculos como el de esposa o hermana, el que aparecía de forma más frecuente era el de madre-hija, tanto en lo relacionado con sus propias madres como con sus hijas. Este discurso solía estar atravesado por un sentimiento de dolor, de decepción, sobrecarga y no reconocimiento, soledad y demanda familiar sin posibilidad de réplica (*"no quiero romper el cordón"*; *"mi hija es lo mejor que he hecho en mi vida, no quiero que se parezca a mí"*; *"una madre entiende cosas que otra persona no"*; *"no me trata bien, pero es mi sangre, son los lazos que me atan"*).
- Fantasía de omnipotencia: también solía ser habitual que las participantes expresasen frecuentes quejas en torno a todo lo que antes eran capaces de hacer y ahora no. Lo que solía derivar en una sensación subjetiva de no reconocerse cuando no alcanzaban a cumplir múltiples expectativas en casa, trabajo, vínculos, aspecto físico... (*"en mi casa no hay problemas porque yo siempre lo soluciono todo"*; *"yo puedo con todo, todo el mundo cuenta conmigo"*; *"aquí no se cae ni Dios, porque aquí estoy yo"*) y en una sensación de frustración derivada de la constatación de sus limitaciones (*"necesito ayuda, pero lo hago yo"*; *"no puedo aceptar que me ayuden"*).
- Resignificación de la fortaleza: de *"siempre estoy ahí para los demás"*; *"voy como una máquina, todo para adelante"*; *"no me permito fallar nunca"*, a ver estas conductas como rígidas e irrealizables, permitirse descansar y pedir ayuda, entendiendo la compasión y el cariño como fortalezas.
- Autoconcepto: se realizó un trabajo de reinterpretación del autocuidado y tiempo propio, que inicialmente se etiquetaba de *"egoísmo"* y *"maldad"*, para dar paso a la autonomía y posibilidad

de negar cuidados a los otros ("a veces no es justo ayudar"), validación y expresión emocional propias ("¿por qué no puedo pasarlo mal, como a mí me dé la gana?") y cuestionamiento de la posición ocupada frente a los demás ("primero son los demás, y luego tú: vas de mártir y de frustrada, porque los demás nunca te dan lo que das tú").

4. Conclusiones: "Entonces aparece una frase que no tenías, la voz de una compañera"

A lo largo del tiempo de trabajo grupal se pudo lograr el objetivo inicial de dar una respuesta al malestar de estas mujeres, que no se redujera a lo farmacológico y contemplase la dimensión social y de género, promoviendo vínculos saludables y la creación de redes fuera del sistema sanitario.

Se constató la necesidad del reconocimiento de sus padecimientos en la historia de otras mujeres, para a partir de esta identificación, crecer en la individualidad propia, pudiendo el grupo sostener un espacio de reflexión sobre los modos de relación y de creación de una identidad propia a través del cuidado de los otros y la culpa ante la transgresión de estas imposiciones.

Esto permitió revisar las relaciones conflictivas predominantes, especialmente en la familia, evidenciando la falta de un espacio dialógico que diera cabida a las cuestiones atravesadas por el género ("creo que estoy tan enfadada con él porque no puedo hablarle"), que incluyen los modos de enfermar y sufrir ("vas corriendo y no te das cuenta de nada hasta que tu cuerpo te para en seco"), y abriendo la posibilidad de actuar de un modo diferente ("he tenido tanta carga, que ahora no sé estar sin ella").

El trabajo no se redujo al espacio de encuentro semanal, sino que se expandió revolucionando la vida privada y pública de estas mujeres, que crearon lugares de encuentro y disfrute fuera del entorno sanitario y familiar, creando nuevos lazos de amistad o recuperando antiguas amistades que habían quedado opacadas por la familia.

Finalmente, la intervención realizada sirvió para resaltar a las profesionales implicadas la importancia de la revisión crítica del abordaje del malestar desde el sistema sanitario, cuidando no ignorar las particularidades del sufrimiento femenino, reactivo a la socialización estereotipada y la posibilidad de cambio propio, a través del fomento del proceso emancipatorio.

"Te ayudas a ti misma aquí, te vas pensativa".

Contacto: María Villasante Holgado  maria.villasante.sspa@juntadeandalucia.es
Unidad de Salud Mental Comunitaria Atarfe. Hospital Universitario Virgen de las Nieves.
Granada, España.

Bibliografía

1. Valls, C. (2022). Mujeres invisibles para la medicina. Salud y Género, Monografías feministas In_Mujeres. (nº1, Diciembre 2022), 11- 17.
2. García, C. (2020). Psiquiatría y feminismo desde una perspectiva histórica: herramientas epistemológicas para contextualizar la violencia contra las mujeres. *Boletín de Psicoevidencias*, nº58.
3. Chesler, P. (2019). Mujeres y locura. Contenta me tienes.

4. Del Río Pedraza, C. (2022). La medicalización del malestar de la mujer. Una valoración crítica. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 42(141), 55-73.
5. Ruiz Somavilla, M. J., & Jiménez Lucena, I. (2003). Género, mujeres y psiquiatría: Una aproximación crítica. *Frenia*, III (1), 7-29.
6. Junta de Andalucía. (2020). La salud mental de las mujeres: mitos y realidades. *Cuadernos para la salud mental de las mujeres*. Número 7:
7. Gómez Esteban, Rosa. (2019). La formación del psicoterapeuta grupal. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 39(136), 117-142. Epub 21 de septiembre de 2020. <https://dx.doi.org/10.4321/s0211-57352019000200006>
8. Vallejo, F. (2009). Grupo psicoterapéutico para pacientes con trastorno de adaptación. *Revista de psicoanálisis y psicología social*.
9. García, T. y Ferrer, C. (2017). El grupo y la recuperación. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 37(131), 227-240. Recuperado en 01 de mayo de 2024, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352017000100013&lng=es&tlng=e
10. Távara, A. (2007). El cuerpo como lugar de expresión de los conflictos (I y II). Área 3, Asociación para el estudio de temas grupales, psicosociales e institucionales. Recuperado en 01 de mayo de 2024, de <http://www.area3.org.es/sp/item/139/A.%20T%C3%A1vara:%20El%20cuerpo%20como%20lugar%20de%20expresi%C3%B3n%20de%20los%20conflictos>
11. Lagarde, M. (1996). La perspectiva de género. Género y feminismo. Desarrollo humano y democracia.
12. García, S. (2021). La participación comunitaria y la construcción de salud colectiva de mujeres de una villa argentina (Un estudio realizado en el Barrio Juan Pablo II: "El Sifón"). Área 3, Asociación para el estudio de temas grupales, psicosociales e institucionales.
13. Baker, J. (1992). *Hacia una nueva psicología de la mujer*. Barcelona: Paidós.
14. Pichon-Rivière, E. (2007). *El proceso grupal*. Buenos Aires: Nueva Visión.
15. Bion, W. (1980). *Experiencias en grupos*. Barcelona: Paidós.

- Recibido: 03/09/2024.
- Aceptado: 27/11/2024.

Algunas notas críticas actuales sobre el diagnóstico en psiquiatría¹.

Some current critical notes about diagnosis in psychiatry.

José Manuel López Santín.

Psiquiatra adjunto. CSMA Santa Coloma. Institut de Salut Mental de l'Hospital del Mar (Barcelona).

Patricia Álvaro Serón.

Psiquiatra adjunta. CSMA Dreta Eixample. Fundació CPB Serveis Salut Mental.

Resumen: El diagnóstico psiquiátrico ha sido ampliamente criticado por la reificación que comporta tanto para los profesionales de salud mental como para los propios usuarios de los servicios de salud mental que terminan muchas veces identificándose con los mismos. Sin embargo, el diagnóstico es requerido desde el primer momento con objetivos de administración y organización de la propia red de salud mental.

El artículo propone una reflexión acerca de diversos aspectos que entraña el proceso diagnóstico y su producto final y que han sido tratados, de nuevo, en los últimos años.

Partiendo de las limitaciones de la práctica diagnóstica mediada por los criterios operacionales imperantes, y de las particularidades del objeto psiquiátrico que condicionan el modo de conocerlo, se revisarán algunos trabajos de enjundia que abordan el papel de los valores en el diagnóstico, los aspectos estéticos del encuentro clínico sobre el que se fundamenta el juicio diagnóstico o el papel de la reconstrucción hermenéutica para el diagnóstico.

Palabras clave: Diagnóstico, juicio, valores, hermenéutica, fenomenología, operacionalismo.

Abstract: Psychiatric diagnosis has been widely criticized for the reification it entails both for mental health professionals and for the users of mental health services who often end up identifying with them. However, diagnosis is required from the first moment for the purposes of administration and organization of the mental health network itself.

The paper aims to reflecting on various features involved in the diagnostic process and its final product. They are in discussion in recent years.

It will be reviewed some substantial works that address the role of values in diagnosis, the aesthetic aspects of clinical encounter in diagnostic judgment or the role of hermeneutical reconstruction for the diagnosis is based. It will be done keeping in mind the limitations of diagnostic practice mediated by the prevailing operational criteria, and the particularities of the psychiatric object that condition the way of knowing it.

Key words: Diagnosis, judgement, values, hermeneutics, phenomenology, operationalism.

1 Proyecto de Investigación "La clínica de la subjetividad: historia, teoría y práctica de la psicopatología estructural" (PID2020-113356GB-I00).

Introducción

Desde la década de 1970 del pasado siglo la cuestión del diagnóstico ha sido una de las cuestiones prioritarias en los debates dentro del campo de la psiquiatría. Es entonces cuando emerge un debate intenso y se desarrollan cambios sustanciales en el manual diagnóstico y estadístico DSM como intento de subsanar las enormes discrepancias diagnósticas existentes entre profesionales, algo que se va a concretar con la publicación del DSM-III en 1980. En éste, además de postularse una supuesta ateoricidad esquilmando cualquier interpretación de tipo psicoanalítica y obviando la psicopatología preoperacional y la fenomenología y filosofía de la mente contemporánea, se establecen criterios diagnósticos de trastornos definidos por la conjunción politética de los mismos a partir de definiciones operacionales y se extienden como la pólvora en un intento de universalización a la que contribuye todo el entramado institucional-económico que envuelve a la práctica psi.

A día de hoy, la entrada en el circuito de la red pública de salud mental en nuestro entorno exige partir del diagnóstico que el clínico emite. Un diagnóstico que la autoridad competente requiere para cuestiones epidemiológicas y organizativas de la red de salud. En Cataluña, por ejemplo, el diagnóstico es uno de los principales datos poblacionales registrados en los centros sanitarios por el sistema CMBD (Conjunto Mínimo Básico de Datos), y sobre el que recae el mayor peso para la planificación, evaluación y compra de servicios. Y aunque se viene trabajando sobre otros datos registrados que pueden orientar mejor la actividad planificadora y evaluadora, lo cierto es que no parece que se termine de dar un paso concluyente en ese sentido. Y es que la adhesión de la salud mental, reducida a su aspecto médico como psiquiatría, al campo de la medicina, con su lógica y sus prácticas, impide una emancipación que considere las particularidades propias de lo mental y posibilite una lógica y unas prácticas más apropiadas.

Sin embargo, el establecimiento del diagnóstico basado en criterios operacionales como *gold standard* no se ha librado de las críticas durante estos años. Tanto es así, que llegamos al 2019, momento en el que el Consejo Superior de Bélgica, órgano asesor del Gobierno, publica unas recomendaciones prácticas acerca del diagnóstico en psiquiatría llegando a la materialización institucional de las críticas que venían produciéndose (1). En ellas se recomendaba un uso cauteloso del diagnóstico para evitar juicios esencialistas sobre los trastornos mentales y sus consecuencias sobre la autocomprensión y la estigmatización de y a los usuarios.

Trabajos de distintos ámbitos, especialmente en el ámbito institucional de la psicología y en los movimientos asociativos de personas psiquiatrizadas en el Reino Unido, ya venían poniendo de manifiesto los efectos que el diagnóstico psiquiátrico comporta a los usuarios de la red de salud mental. Si bien pueden permitir nombrar un malestar y desculpabilizar en algunas situaciones, también se han señalado sus efectos estigmatizadores, el desempoderamiento que pueden implicar, la individualización de problemas complejos que exceden a la persona concreta, que comportan la expropiación del sentido de la experiencia personal en detrimento de narrativas médicas dependientes de la acción terapéutica experta, la cosificación del malestar que supone el olvido del proceso por el que se llega al mismo, su influencia en la identidad de las personas etiquetadas o la colonización que conllevan al introducirse un discurso técnico occidental en culturas con discursos y prácticas distintas, entre otros (2). Y es que una mirada naturalizadora y reduccionista de la salud mental resulta en posibles efectos iatrogénicos en el mismo acto de diagnosticar. Y a esto ha contribuido de una forma u otra, y a pesar de las advertencias incluidas (3), el manual DSM y las categorías diagnósticas que propone.

Asumiendo esta evidencia se ha abierto un amplio debate en el que distintas posiciones se han ido estableciendo. Este artículo delineará algunas líneas acerca de las mismas, no sin antes repasar los inicios del problema a partir del comienzo de la "revolución operacional en psiquiatría" en los años 1970.

La “revolución operacional”

La psiquiatría de los últimos 50 años ha traído la estabilización del operacionalismo como forma hegemónica de concebir y establecer el diagnóstico. Definiciones operacionales de síntomas que, agrupados estadísticamente, conforman diagnósticos categoriales dentro de un sistema clasificatorio basado en criterios politéticos de trastornos mentales.

Su desarrollo tiene que ver con el movimiento que se genera a partir de la evidencia de la escasa fiabilidad diagnóstica de la esquizofrenia observada en el estudio que comparaba su diagnóstico en Londres y Nueva York y que puso en tela de juicio la psiquiatría como ciencia al cuestionar uno de sus principales pilares, el diagnóstico (4). Su posterior despliegue proporciona una mejora de la fiabilidad como demostró el Proyecto Internacional de Esquizofrenia de la OMS de 1976 (5). Sin embargo, son muchas las críticas y los límites que han ido emergiendo y se han ido señalando.

Conviene recordar los orígenes del operacionalismo en psiquiatría (6). En primer lugar, la conferencia de Carl Hempel, filósofo empirista lógico, en la American Psychiatric Association en 1959 en la que introduce el concepto de “definición operacional” que venía de la física y que, tras observar que este método para definir no se adecuaría para la mayoría de términos descriptivos en psiquiatría, realizaría dos variaciones fundamentales del método que permitirían su uso provisional en el campo. Y, en segundo término, el trabajo de investigación de orientación biologicista-reduccionista de un grupo de psiquiatras de la Universidad de Washington en St. Louis enfocado en la nosología psiquiátrica. Éstos van a elaborar los criterios Feighner o St. Louis (1972), que luego modificará R. Spitzer et al. (1978) como Research Diagnostic Criteria. Ambos jugarán un papel fundamental como conductores del DSM-III. Sus principios se pueden resumir así: la etiología no sirve como principio clasificatorio a menos que se conozca claramente, el diagnóstico se debe hacer sobre la base de criterios seleccionados para ese diagnóstico, los criterios deben favorecer características directamente o fácilmente observables (con un mínimo de inferencia) y el estilo de los criterios debe hacerse con un lenguaje no-técnico, simple (asegurando que no sea ambiguo). Así, DSM-III primero en 1980, y CIE-10 después en 1992 asumiendo los principios básicos de su homólogo americano, se publican como manuales diagnósticos y estadísticos (apoyados en correlaciones estadísticas en ausencia de causas conocidas de los trastornos descritos) y se van a hacer hegemónicos.

A pesar de declararse como ateóricos, a la práctica asumen implícitamente algunos supuestos epistemológicos y ontológicos que parten de la asunción de que existe una realidad “externa” independiente del observador (objetivismo) y que se puede conocer por medio de la observación empírica del comportamiento y con la ayuda de reglas lógicas (empirismo o positivismo lógico) (7,8). Así, la perspectiva que asumen implica una visión representacional de la mente en la que la mente es como un espejo de la realidad “externa”, se trabaja con una teoría descriptiva del lenguaje que asume que la referencia de un término se puede determinar por un conjunto de notas finito que lo definan y se adopta un criterio de verdad sustentado en la verificación empírica experimental y que requiere del uso de un lenguaje observacional verificable. Todo esto se va a concretar en posiciones fiscalistas, frecuentemente eliminativistas de fondo, y que afirman que la mente es un epifenómeno del cerebro y que todo fenómeno psíquico es reducible a la física y química que lo causan. Si bien no se adjudican estas posiciones, su rumor de fondo impregna su uso y la concreción de su uso se traslada en la reificación de las categorías diagnósticas (9). No en vano a los impulsores de estos manuales se les encaja en la etiqueta de “neokraepelinianos”, asumiendo la premisa de que los trastornos mentales son entidades naturales, algo que el propio Kraepelin puso en duda al final de su vida a partir del debate del momento (10).

Así pues, estos manuales buscan mejorar la fiabilidad diagnóstica tratando de universalizar los criterios para diagnosticar un trastorno mental y en buena medida lo consiguen, puesto que su uso se ha vuelto hegemónico. No obstante, con el paso del tiempo se van evidenciando la emergencia de otros problemas como la existencia de un gran solapamiento entre categorías no suficientemente explicado con una creciente comorbilidad, el empleo de una lógica aditiva de síntomas para la categorización del trastorno particular que puede incrementar la pérdida de coherencia interna entre elementos del

diagnóstico, un déficit de comprensibilidad e integración derivado de la ausencia de relación entre los distintos ejes diagnósticos, una dificultad para discriminar bien la gravedad y para detectar síntomas subumbrales o la existencia de casos que no encajan en ninguna categoría diagnóstica (11). Pero la cuestión que centra buena parte del debate por su rol fundamental es la de la validez diagnóstica, abriéndose un debate que llega a nuestros días. Y es que con las propuestas concretadas en DSM-III para aumentar la fiabilidad de los diagnósticos, su validez se ha resentido.

Aragona ha señalado en su trabajo sobre "historia epistemológica" de las sucesivas versiones DSM que bajo los cambios en sus distintas versiones subyace la misma premisa epistemológica acerca de lo que significa validez diagnóstica en psiquiatría y que tiene que ver con la correspondencia entre el concepto/definición y la realidad externa, idealmente los datos neurobiológicos (12). Esto es, para que la definición de un trastorno mental sea válida, debemos poder evidenciar la existencia del mismo en la realidad externa, que exista como entidad natural. Y esto, que existan los trastornos mentales como entidades naturales, no está tan claro ni mucho menos (13).

Si nos asomamos a este debate que Aragona resume sobre la validez diagnóstica en psiquiatría, observamos que se inicia con el trabajo de Robins y Guze proponiendo en los años 1970 una serie de elementos (descripción clínica, pruebas de laboratorio, criterios de exclusión, estudios de seguimiento y estudios familiares) que proveerían de validez diagnóstica al trastorno mental y la clasificación diagnóstica consiguiente. Kendler primero, añadiendo validadores de antecedentes (agregación familiar, factores precipitantes) y predictivos (tasas de recaída y recuperación, respuesta al tratamiento), y Andeasen y Hyman después, añadiendo estudios genéticos y neurobiológicos, ampliaron los criterios. Esta línea de investigación sobre la validez diagnóstica en psiquiatría fue bautizada por Mezzich como "validez etiopatogénica" o etiológica en tanto se orienta finalmente a la búsqueda de las causas de los trastornos.

Varios son los problemas con los que esta aproximación ha topado. Por un lado, se ha señalado el papel que los juicios de valor pueden jugar en el conflicto que se puede dar entre los distintos validadores y que abre tempranamente la investigación sobre los valores en psiquiatría que más adelante se desarrollará, más específicamente, en el proceso diagnóstico en psiquiatría como luego veremos (14). Por otro, se hace explícito que el concepto de validez es un concepto impreciso y que no tiene una sola manera de medirlo. No es raro así que se hayan propuesto distintos métodos concretando cada vez la validez de una forma distinta (predictiva, concurrente, de constructo, de contenido, estructural) (15).

Sin embargo, si las categorías diagnósticas al uso han prosperado es, en buena medida, por su facilidad de uso, lo intuitivo de los tipos diagnósticos definidos y su simplicidad y claridad. Sin embargo, para algunos se trata de una utilidad más evidente para cuestiones administrativas, de comunicación entre profesionales y de formación de los mismos, que de una utilidad clínica dirigida a seleccionar un tratamiento o evaluar un probable pronóstico (16). Algo que experimentamos como clínicos cuando personas con diagnósticos diferentes mejoran con el mismo tratamiento y personas con el mismo diagnóstico mejoran con tratamientos diferentes. Es decir, que el diagnóstico psiquiátrico no parece orientar tanto como se pensaba ni el tratamiento ni el pronóstico.

Así que, una vez empañado el diagnóstico psiquiátrico como eje sobre el que pivota la práctica psiquiátrica como ciencia, y señalados los perjuicios que éste puede ocasionar, toca revisar el estado del tema en la actualidad y reflexionar sobre sus distintos aspectos y las posibles salidas que se van esbozando.

Algunas cuestiones críticas desde la psicopatología de los años 90

El cuestionamiento del hecho de diagnosticar en psiquiatría ha crecido en los últimos años tras la fiebre de los diagnósticos derivada de la extensión de los manuales estadísticos DSM y CIE y su uso acrítico. Y no es que no haya habido críticas fundadas a la psiquiatría operacional durante los años 1990, pero su capacidad para impregnar la práctica clínica ha sido escasa. Stanghellini, en un prólogo reciente,

además de señalar al diagnóstico como obstáculo a la comprensión, comenta las dificultades que ha encontrado la psicopatología para oponer su discurso ante la psiquiatría nosográfica y criteriológica durante finales de los años 1980 y principios de los 1990. En parte, y entre otros, al cierre a la entrada en las cátedras de psiquiatría de reconocidos psicopatólogos (17).

Entre algunos de los apuntes críticos de la época que comentábamos podemos citar a Arnaldo Ballerini que, en su manual sobre el diagnóstico psiquiátrico (18), ya contrapone dos posiciones antagónicas. La posición que considera el diagnóstico psiquiátrico como objetivo esencial de la praxis psiquiátrica para orientar el tratamiento y la posición que lo considera inútil y un obstáculo al contacto y la comprensión. Ballerini ya reconoce el reduccionismo metodológico que supone el diagnóstico psiquiátrico en pro de una identificación y comunicación concisa y centrada en tipicalidades. No obstante, señala que debe evitarse el reduccionismo ontológico que puede suponer un uso reificador del diagnóstico. Ni puede ni debe reducirse al otro al diagnóstico. Se trata de una cuestión ética que Jaspers ya señaló y que Stanghellini reivindica en no pocos trabajos. En su trabajo, Ballerini, considera las clasificaciones diagnósticas provisionales y los diagnósticos como dispositivos cognoscitivos que guían la investigación. No obstante, va a reivindicar una cierta categorización diagnóstica con los objetivos de poder comunicarnos y hacer ciencia. Otra cosa será la individualización necesaria de cada caso para abordar la terapia y poder hacer un pronóstico del caso concreto, y que va a afinar, recogiendo la tradición fenomenológica previa, diferenciando el plano clínico o nosográfico (síntomas como criterios con fines clasificatorios) de otro plano estructural que considere los síntomas en su relación interna que permite identificar una particular estructuración patológica del mundo interno.

En esta misma línea, Alfred Kraus ha diferenciado el diagnóstico criteriológico, centrado en la identificación de las características que conducen al diagnóstico, del diagnóstico fenomenológico, orientado a la descripción de los distintos modos especiales de experiencia y comportamiento del paciente y sus relaciones consigo mismo y con el mundo. Kraus reivindica que las distinciones nosológicas en psiquiatría sólo pueden fundarse en la psicopatología y no en la etiología y señala algunas ventajas que el diagnóstico fenomenológico aporta sobre el criteriológico, aunque ambos se complementen habitualmente en la práctica. Para éste, el abordaje fenomenológico se orienta al paciente en tanto totalidad que es-en-el-mundo y por tanto salvaguarda la dialéctica que se establece entre los síntomas y el sujeto, los elementos y la totalidad del ser, evitando así el cierre cosificador por el diagnóstico criteriológico y mejorando la especificidad del diagnóstico. Además, va a tratar explícitamente la experiencia del encuentro clínico en el que está incluido el clínico, tematizando la experiencia prerreflexiva que pueda tener y su valor a nivel diagnóstico (19).

Por su parte, Sadler, a un nivel más general, diferencia entre diagnóstico procedimental y diagnóstico denotativo. Si el primero se refiere al proceso diagnóstico, el segundo se centra en el producto del proceso. Sin embargo, aclara que ambos estarían necesariamente entrelazados, puesto que el diagnóstico es tanto el proceso como el resultado de la determinación de la naturaleza del problema clínico. Poco significaría la categorización diagnóstica sin el proceso de reconocimiento, comprensión y contextualización de la sintomatología (20).

Stanghellini y Rossi Monti, a partir de las insuficiencias que observan en el diagnóstico al uso, diferencian varios niveles en el proceso diagnóstico (descriptivo-nosográfico, psicopatológico-fenomenológico, psicodinámico). Añaden a la ya mencionada distinción entre diagnóstico descriptivo-nosográfico-criteriológico y psicopatológico-fenomenológico-estructural, un tercer aspecto que pretende hacerse cargo del plano diacrónico o dinámico del sujeto. Así, incluyendo el diagnóstico psicodinámico, van a considerar algunos aspectos de los fenómenos presentados en el encuentro clínico y del proceso diagnóstico. Primero, los síntomas como punto de llegada en el camino (con una historia previa), atendiendo a la continuidad del proceso más que a la discontinuidad de las experiencias. Segundo, el carácter siempre provisional del diagnóstico. Tercero, el diagnóstico como punto de partida del trabajo terapéutico más que como final del proceso. Cuarto, la inclusión de la dimensión histórica en el diagnóstico psiquiátrico y la capacidad de la persona de darle significado y posicionarse ante su experiencia. Quinto, la consideración del síntoma como una forma de comunicación dotada de un sentido personal. Y, por último, la consideración del valor relacional del diagnóstico (21).

Destacaremos ahora algunos acercamientos a la cuestión diagnóstica que en los últimos años han planteado nuevas preguntas y reflexiones y que se mantienen abiertas promoviendo la investigación que a la postre impregna nuestra mirada y práctica.

Papel de los valores en el diagnóstico psiquiátrico

Señalábamos más arriba que el artículo de Kendler introduce en el debate sobre el diagnóstico y la clasificación diagnóstica en psiquiatría el papel de los valores y los juicios de valor (14). En su artículo, observa una limitación en la búsqueda de una clasificación psiquiátrica científica, es decir, en este contexto, basada en datos empíricos (hechos). Esa limitación, que más bien redefine como condición inherente a asumir en nuestro campo, tiene que ver con que los datos empíricos no van a poder responder a las preguntas más esenciales que requieren respuesta en psiquiatría, sino que tales respuestas dependen de juicios de valor que hagamos. Somos nosotros los que vamos a definir qué valor e importancia tienen los distintos validadores propuestos. Así, señala el riesgo de convertir la psiquiatría en una pseudociencia de no asumir la realidad del papel que juegan los juicios de valor en la construcción de las clasificaciones diagnósticas e indica que la salida pasa por una especie de modelo consultivo en el que los datos empíricos informen a quien debe tomar las decisiones. Decisiones que serán juicios de valor informados por datos empíricos. Se distinguen así dos aspectos que forman parte del proceso diagnóstico tanto como del proceder psicopatológico, hechos y valores.

Esta línea de trabajo se va instituyendo a partir de los años 1990 hasta condensarse en lo que se ha denominado como "medicina basada en valores" o "prácticas basadas en valores en salud mental", en clara contraposición a la "medicina basada en la evidencia" concretándose en distintas iniciativas que engloban aspectos relacionados con políticas, formación e investigación (22). Se reflexiona acerca de la naturaleza valorativa de los trastornos mentales, no como un problema o deficiencia científica, sino como un reconocimiento de la complejidad de la "materia" con que tratamos para aproximarnos de una forma más apropiada. Así, desde este marco, se propone un cambio decidido en el modelo de diagnóstico que pase de estar dirigido por el profesional a un modelo de comprensión compartida en el que el profesional y el paciente tengan un rol equiparable (23).

Para entender mejor las críticas que recibe el acto de diagnosticar en psiquiatría vale la pena acercarnos al trabajo que Sadler hace sobre el tema (24). Ya adelantábamos antes que parte de la distinción entre diagnóstico como acto o procedimental y diagnóstico como significativo o denotativo. Considera que ambos significados son complementarios y que la crítica que recibe el diagnóstico en psiquiatría, en muchas ocasiones, se centra en su segunda acepción obviando la primera. Más en detalle, se centra en caracterizar distintas dimensiones del diagnóstico que conviene explicitar para poder entender la complejidad que entraña el diagnóstico. Así, presenta el diagnóstico en sus distintas dimensiones de caracterización, revelación, observación embebida, relevancia, privilegio, racionalidad y ritual, identificando una serie de elementos esenciales, "estéticas" les llama, para el diagnóstico (caracterización simple de fenómenos complejos, revelación de aspectos bajo la apariencia, equilibrio entre receptividad de los contextos y reducción de la complejidad o entre apertura y rigor, relevancia del conocimiento para las exigencias morales y prácticas de la terapia, respeto del paciente, y "fidelidad clínica" en referencia a la rigurosidad, responsabilidad, exhaustividad, consistencia, del diagnóstico). Este despliegue de la complejidad inherente al diagnóstico le permite abordar las actuales críticas a partir del conflicto existente entre las distintas dimensiones. Observa así que muchas de las críticas tienen un carácter, irónicamente, reduccionista, puesto que ensalzan unos aspectos en detrimento de otros, y propone desarrollar más aún el trabajo sobre los valores considerando las funciones normativas del diagnóstico, analizando las asunciones metafísicas en el diagnóstico, definiendo las relaciones de los valores sociales con otra clase de valores en el diagnóstico, considerando cómo se implementan los compromisos de valores en el proceso de desarrollo de los sistemas diagnósticos o estudiando la lógica de evaluación reflejada en los criterios y categorías diagnósticas. Así, por ejemplo, se enriquece el debate crítico sobre la consideración del diagnóstico y la clasificación psiquiátrica al analizar las distintas clases de valores implícitas en los criterios diagnósticos de las categorías del DSM y cómo se pueden traducir en el análisis de casos de categorías diagnósticas más conflictivas y qué implicaciones prácticas pueden tener (25).

Alternativas al modelo diagnóstico hegemónico actual

Nuestro objetivo aquí no es adentrarnos en las especificidades de cada propuesta alternativa que a día de hoy se está desarrollando. Pero sí queremos recoger siquiera esquemáticamente algunas propuestas que se están debatiendo, desarrollando y evaluando desde diversas perspectivas para poder hacernos un mapa mental de algunas cuestiones relevantes que están actualmente en liza.

El debate entre modelos categoriales y dimensionales viene de largo. Si las categorías tienen algunas ventajas conceptuales y prácticas que pasan por su facilidad de uso en condiciones de información incompleta, por su capacidad de unificar los distintos elementos en una unidad y por su familiaridad, también es cierto que tienen el hándicap de favorecer una reificación naturalista de los trastornos y dificultan la comprensión de la relación entre los distintos elementos informados, especialmente en lo que se refiere a la relación entre Eje I y personalidad. Por su parte, los modelos dimensionales permiten variaciones cuantitativas y de grado de forma explícita por lo que posibilitan una mejor comprensión de las transiciones entre trastornos ya sea sincrónica (en casos de comorbilidad) o diacrónicamente (cuadros que transitan de uno a otro síndrome) o entre patología y normalidad. Además, permiten identificar mejor algunas condiciones subumbrales así como grados diversos de severidad o quejas de tipo inespecífico. Sin embargo, tanto su relativa novedad, y por tanto necesidad de familiarización, como la variabilidad de modelos y disenso cuanto a las dimensiones requeridas (p.ej. en personalidad el modelo cinco factorial, modelo de Cloninger, modelo de Livesley, modelo de Sheden, etc), como la ausencia de una base de evidencia establecida compartida por los distintos grupos de investigación y la complejidad que en ocasiones tienen algunos modelos, dificultan su aceptación y puesta en práctica universal (11, 15).

En los últimos años se han desarrollado modelos varios que parten de aproximaciones dimensionales y que, aunque presentan marcos distintos, buscan proponer alternativas al modelo diagnóstico categorial habitual.

El modelo de Criterios de Investigación por Dominios (RDoC, de sus siglas en inglés) desarrollado por el National Institute of Mental Health es una de las propuestas que pretende llegar a una nosología psiquiátrica válida y útil para guiar el tratamiento vinculando el sustrato neurobiológico con las manifestaciones fenotípicas (26). A partir de talleres con expertos se organizó una matriz de cinco dominios o dimensiones básicas que resumen las funciones del comportamiento humano sustentadas sobre las bases del conocimiento psicobiológico acumulado. Y de cada uno de estos dominios se establecen siete niveles de análisis. El debate acerca de sus promesas, limitaciones y riesgos está a la orden del día (27,28).

Otro modelo alternativo es la Taxonomía Jerárquica de la Psicopatología (HiTOP, de sus siglas en inglés), desarrollada por un consorcio internacional de investigación y que organiza una clasificación dimensional de la psicopatología fundada sobre análisis estadísticos de la covarianza observada entre síntomas. Partiendo de la dificultad de los modelos categoriales para definir límites precisos de los trastornos mentales, se busca identificar constructos coherentes por medios estadísticos e identificar factores comunes que permitan organizar un modelo jerarquizado de dimensiones de alto y bajo orden que permita dar cuenta de la comorbilidad existente, así como incluir aquellas condiciones subumbral o no especificadas que en el modelo categorial quedan en los márgenes. A diferencia del modelo RDoC, se reivindica como un modelo fenotípico y no orientado a la etiología que establecería una clasificación psiquiátrica descriptiva con el objetivo último de orientar las decisiones clínicas de una forma más útil. La jerarquización psicopatológica se establece en cinco niveles: síntomas, signos y comportamientos desadaptados, síndromes dimensionales compuestos de combinaciones interconectadas del nivel previo, subfactores como combinaciones de síndromes similares, constelaciones de síndromes formando espectros amplios y superespectros extremadamente amplios por agregación del nivel anterior. Sus promotores lo ejemplifican por niveles así: insomnio y labilidad; síndrome depresivo vegetativo; depresión, ansiedad generalizada o rasgos límite de personalidad; internalización o trastornos del pensamiento; factor general de la psicopatología (29).

La teoría de redes en psiquiatría es otra propuesta que reconsidera los síndromes psicopatológicos tipificables por las distintas clasificaciones psiquiátricas como redes complejas de componentes que interaccionan de forma dinámica. Enfocada en desarrollar técnicas estadísticas concebidas para identificar estructuras de redes entre los distintos síntomas psiquiátricos a partir de datos empíricos, se postula como modelo dimensional transdiagnóstico que posibilite una práctica y una investigación más allá de las categorías diagnósticas tradicionales. Entienden que, en ausencia de causas conocidas de trastornos mentales, los síntomas causarían otros síntomas estableciendo redes de activación que conformarían estructuras de red. Los trastornos mentales surgirían así cuando grupos de síntomas muy acoplados se mantienen activamente entre sí, lo que da por resultado un conglomerado de síntomas psicopatológicos que se autosostiene. De esta forma, las intervenciones terapéuticas, pongamos en una crisis psicótica, intervendrían sobre los síntomas (medicación con neurolépticos, por ejemplo), sobre el campo externo para eliminar una o más causas desencadenantes (trabajar abstinencia de consumo de drogas p.ej.) y/o sobre la red para cambiar su estructura modificando las conexiones síntoma-síntoma (p.ej. con un abordaje cognitivo-conductual para que los delirios no produzcan aislamiento) (30).

Todos estos modelos tratan de atender a las investigaciones que evidencian, aunque no sin críticas y evidencias en su contra, la existencia de un continuum normalidad-patología y comprender mejor y de forma más integrada los distintos fenómenos que presenta el paciente.

Por otro lado, podemos delinear un movimiento que, asumiendo toda la evidencia existente de la iatrogenia generada por los diagnósticos psiquiátricos y reivindicada por los movimientos asociativos de personas psiquiatrizadas, cuestiona la necesidad de establecer un diagnóstico y, por lo menos, busca limitar sus efectos nocivos manteniendo sus usos administrativos.

Fernando Colina propone por ejemplo emplear los diagnósticos psiquiátricos de forma restringida haciendo un consentimiento informado para poder abordar los aspectos iatrogénicos que puedan emerger (31). La tesis fuerte del cuestionamiento de los diagnósticos psiquiátricos la representa el trabajo de un grupo de psicólogos de Reino Unido, concretado en varias publicaciones de la División de Psicología Clínica de la British Psychological Society (32). La tesis afirma más o menos que, en ausencia de procesos etiológicos ligados a las categorías diagnósticas al uso, con un concepto de validez impreciso y difícil de medir, con la ausencia de evidencia que correlacione funcionalidad y categorías diagnósticas o número de síntomas, con una fiabilidad baja en contextos clínicos naturales y con una inespecificidad terapéutica palmaria, los diagnósticos psiquiátricos deberían abolirse puesto que suponen un empeoramiento del pronóstico, además de producir una colonización occidental de otras culturas diferentes y de despolitizar el malestar ligado a cuestiones políticas, sociales o culturales (33). Y para ello, se aporta todo un arsenal de investigaciones que lo evidencian. A partir de este "diagnóstico", también desde esta sociedad británica, se proponen modelos alternativos para hacerse cargo del trabajo clínico. El Marco de Amenaza, Poder y Significado (34) o la formulación psicológica (35) se postulan como dos alternativas aduciendo una serie de características propias que supondrían algunas ganancias en relación al uso del diagnóstico psiquiátrico. Lo que une a estas propuestas es que se proponen reconstruir un significado personal de la experiencia del paciente, con el paciente como actor principal, y a partir de la historia personal y el contexto donde se desarrolla su vida, para promover su agencia.

Mezzich JE y colaboradores, en el contexto de su trabajo en la World Psychiatric Association, han propuesto por su parte un "diagnóstico integrado centrado en la persona" a partir de los grupos de trabajo que realizaron previamente en los que participaron los diversos actores de la red de salud mental (profesionales, usuarios, familiares, proveedores). La propuesta pasa por añadir aspectos positivos de salud, incluir dimensiones y narrativas para afinar las categorías diagnósticas y por la participación de los usuarios y familiares/allegados en el proceso diagnóstico para "re-humanizar" la psiquiatría a partir de la consideración de la persona y el concepto de salud desde un marco amplio (36).

Mario Maj, por su parte, sostiene que, a pesar de que ni la validez ni la utilidad clínica de los diagnósticos sea suficiente, sería conveniente mantener las categorías diagnósticas para no extraviarnos en un *mare magnum* de factores y variables. Por ello, propone complementarlas con aquellos elementos de las

propuestas alternativas a los sistemas diagnósticos al uso que permitan individualizar el caso concreto en un segundo paso una vez tipificado con el diagnóstico. Algunos de estos elementos para una mejor individualización del caso serían una caracterización dimensional a nivel del síndrome diagnosticado y a nivel de organización jerárquica dimensional, una mejor evaluación de la severidad, una estadificación de los trastornos y una mejor evaluación de distintas variables antecedentes (historia familiar, perinatal, de desarrollo, de ajuste social, de antecedentes psicopatológicos, de exposiciones ambientales) (37).

Aportaciones fenomenológicas y hermenéuticas

La densidad y complejidad del encuentro clínico a partir del que se procede hasta destilar un juicio clínico sobre el que se sustenta el diagnóstico psiquiátrico tiende a ocultarse y olvidarse de forma que se produce la simplificación, y como hemos visto la operacionalización, del proceso en aras de un pragmatismo necesario. Por eso mismo, hay que tener en cuenta siempre que los diagnósticos psiquiátricos se basan en, se fundamentan sobre, la interacción entre dos personas, sobre el encuentro clínico (38). Y es este el ámbito empírico donde tiene su razón de ser la actividad psicopatológica. La fenomenología, como ciencia de la experiencia que se ocupa de subjetividad y mundo, y las relaciones de verdad que se siguen, y la hermenéutica, como ciencia de la interpretación, ya sea de textos o acciones humanas o como ontología fundamental con la hermenéutica de la facticidad de Heidegger, son dos campos de los que no podemos escapar para hacer psicopatología. Que la fenomenología es una metodología que se revela fundamental para el campo psiquiátrico es algo obvio si entendemos que la experiencia, la expresión y la existencia humana alterada es el objeto de la psiquiatría. Que la psicopatología es una actividad hermenéutica es algo de suyo si atendemos a la analítica existencial heideggeriana y al papel que juega el lenguaje en nuestro campo como medio de acceso al otro-paciente. Los rendimientos que ambas miradas ofrecen en la actualidad dan habida cuenta de ello. Veamos algunos trabajos en esta línea.

Parnas y Zahavi, y el amplio trabajo publicado del Grupo de Subjetividad de Copenhague, mantienen una mirada fenomenológica a partir de la que se distancian de la aproximación comportamental y empiricista del DSM que, afirman, asume una "actitud natural" y que parte del sentido común y no deja lugar a un tratamiento adecuado de la conciencia y la experiencia subjetiva. Para ellos la fenomenología puede contribuir de forma relevante en las cuestiones de diagnóstico y clasificación en tanto en cuanto articula las características esenciales de la experiencia y así clarifica el proceso de tipificación implicado en su clasificación. De sus investigaciones se desprende la necesidad de una tipología diagnóstica para diferenciar estructuras de experiencia distintas que, a pesar de las similitudes superficiales posibles a nivel sintomático (no hay formas no-humanas de expresión y, por tanto, hay una categoría finita de expresiones), individualizarían la experiencia en forma de patrones reconocibles o *Gestalts*. Su trabajo se orienta en buena medida a la exploración de las alteraciones en las estructuras básicas de la subjetividad (intencionalidad, temporalidad, corporalidad, autoconciencia, intersubjetividad) que permiten una organización de la experiencia en su habitar el mundo. Así, si bien emplean el diagnóstico psiquiátrico, lo usan como un tipo ideal útil a nivel clínico y de investigación (39).

Wiggins y Schwartz, en su investigación sobre el mejor método para la práctica psicopatológica, afirman que la mejor evidencia en nuestro campo es la que parte del encuentro clínico (40). Y en éste se nos da el otro de dos formas o niveles, de los que van destacar los aspectos presentados. Con este término se refieren a todos aquellos aspectos no presentados directamente y que tienen que ver con la vida mental y los mundos vividos, en contraposición a aquellos presentados directamente como las expresiones, acciones y obras que Jaspers ya señala. Éstos se nos presentan en el encuentro clínico y conforman la parte habitualmente no explicitada del proceso diagnóstico. La descripción de los aspectos presentados a partir de los presentados requeriría una interpretación hermenéutica que obliga a la formación específica de los clínicos en este menester. Por medio de las tipificaciones adquiridas durante la formación experta guiada, sustentadas sobre la capacidad cognitiva humana básica de tipificar, se reconocerían patrones, configuraciones o *Gestalts* familiares en las que se articularían los distintos elementos conformando una totalidad estructural. Para ellos, los tipos ideales de Weber, que

Jaspers traslada a la psicopatología, son formas conceptuales que permiten el reconocimiento rápido y por experiencia de lo que se le presenta al clínico (41). La aproximación prototípica, que entiende los trastornos mentales a partir de su carácter parcialmente borroso y no como entidades discretas, sería una derivada de esta perspectiva que permite la identificación de patrones típicos o configuraciones en el encuentro clínico con el paciente. Pero también las categorías diagnósticas del DSM podrían subsumirse en buena medida, aunque con problemas y limitaciones específicas, en una aproximación tipológica. Algo que se lleva a cabo "de tapadillo" y en relación a la experiencia del clínico que lo realiza. Pongamos la categoría de episodio depresivo mayor de DSM-IV. Se han calculado hasta 1497 combinaciones diagnósticas distintas con los criterios definidos (42), que de una u otra forma deben conceptualizarse de forma conectada en términos de prototípicos, fenomenológicos.

Mancini y Stanghellini, que abordan la cuestión diagnóstica a partir de la distinción entre diagnóstico nosográfico basado en la categorización y una lógica sumatoria o aditiva y diagnóstico fenomenológico basado en la tipificación y una lógica estructural, y que diferencian entre organizadores nosográficos que orientan el diagnóstico y pronóstico y organizadores psicopatológicos que orientan la comprensión e indisolublemente la terapéutica, elaboran una metodología exploratoria del mundo de la vida del paciente en tres fases. Una primera fase de despliegue fenomenológico de las experiencias subjetivas y el mundo del paciente, una segunda de análisis hermenéutico centrada en la posición del sujeto respecto de sus experiencias y el sistema de valores que configura su visión y relación con el mundo y una tercera de análisis dinámico que se ocupa de la historia personal de vida y el significado personal de la experiencia, especialmente situaciones-límite en sentido jaspersiano, y que se estructura en narrativas y permite restaurar una cierta comprensibilidad y coherencia. Para estos autores el diagnóstico sirve fundamentalmente como dispositivo heurístico que nos orienta, y se debe hacer un uso del mismo como apoyo de la relación con el paciente (43).

Por otra parte, Messas y colaboradores, a partir de una aproximación bautizada como fenomenología dialéctica, despliegan las varias etapas que requiere el proceso diagnóstico en psiquiatría. Recogiendo la tradición de la fenomenología clínica del pasado siglo, se integran distintos aspectos del proceso diagnóstico que incluyen la exploración de la experiencia subjetiva organizada en narrativas y los valores del paciente, la atención a la resonancia afectiva, la metodología de la reducción propiamente desarrollada por la fenomenología para explorar la constitución intersubjetiva del mundo y su relación con el resto de estructuras prerreflexivas de la conciencia, y la reconstrucción hermenéutica. Todos ellos con niveles de evidencia que varían de más a menos conforme aumenta el nivel de personalización y reconstrucción narrativa. Es interesante su señalamiento de los riesgos existentes en el proceso de diagnosticar identificando tres peligros que denomina "supersubjetivo", "hiperhermenéutico" y "superobjetivo" según las situaciones y dando a entender la necesidad de estar vigilantes ante estos riesgos que siempre deben ser ponderados en cada caso concreto. Así, reconocen que la validez del diagnóstico va a variar dependiendo del papel de los distintos niveles del proceso diagnóstico. En ocasiones, pesarán más unos aspectos y en otras ocasiones otros, según la presentación del caso. El caso es que conviene reconocer la ambigüedad e indeterminación como rasgos inevitables del proceso diagnóstico en todas sus formas psiquiátricas (44).

Por último, y en un ámbito más cercano a nosotros, varios psiquiatras del Hospital de La Princesa, a partir de un estudio riguroso de la psicopatología sobre cuál es su ámbito empírico, cuáles sus funciones y cómo procedemos, aportan algunos elementos valiosos a la cuestión diagnóstica, entre los que destaca la afirmación clara y rotunda de que el juicio diagnóstico es un juicio reflexionante y no determinante (45). El trabajo de Jaime Adán sobre el juicio psiquiátrico señala las limitaciones de la postura científico-natural que no atiende al carácter esencialmente abierto de la "materia" con que tratamos y que incumple perennemente la promesa de determinación absoluta de lo que se presenta ante nosotros como clínicos. El carácter abierto del otro que se presenta ante nosotros condiciona su comprensión a la necesidad de "abordar la estructura subyacente a la conducta y el lenguaje, acceder al horizonte experiencial que determina el sentido de lo dicho y lo hecho" (46, p.468). Si no hay teoría de lo psíquico o lo mental universalmente reconocida que dé cuenta de lo que es la mente o el psiquismo, si los conceptos con los que opera la psicopatología son semánticamente ambiguos, ¿cómo va a haber juicio determinante? Adán, asumiendo un perspectivismo metodológico, nos propone el concepto de "objetividad hermenéutica" para, reconociendo el estatuto ontológico de lo que nos traemos entre

manos, poder cumplir con rigor científico y dar cumplidas expectativas de las pretensiones de verdad que tiene la psiquiatría. Y se trata de una cuestión ética, precisamente por las consecuencias nefastas que pueden tener unos presupuestos inadecuados (46).

Podemos resumir algunos puntos que la perspectiva fenomenológico-hermenéutica destaca. En tanto el campo de la psiquiatría se ocupa del ser humano se va a fundamentar sobre una antropología absolutamente necesaria que reconozca su carácter hermenéutico, abierto. La antropología filosófica de la primera mitad del pasado siglo, así como la derivada de la ontología fundamental de Heidegger con el despliegue de las estructuras antropológico-existenciales del ser-humano, van a caracterizar al ser humano como posibilidad, y al trastorno mental como una concreción existencial posible más. A partir de ahí, cabe decir que el diagnóstico se toma como tipificación necesaria para aprehender de forma sintética la subjetividad del otro, poder emplearla en la comunicación y poder trabajar terapéuticamente a partir de ésta. Los diagnósticos van a considerarse herramientas de orientación provisionales en un proceso orientado a la comprensión. Y si en algo destaca esta forma de acercarse al trastorno mental es que siempre se va a considerar al paciente como "animal" hermenéutico, es decir, como ser capaz de autointerpretarse dando un rol esencial a su capacidad de posicionarse, su narrativa y sus valores personales.

Conclusiones

Llegados a este punto toca recopilar. La crisis actual de la psiquiatría tiene que ver, en buena medida, con el cuestionamiento del diagnóstico como eje central de la cientificidad de la psiquiatría.

La publicación del manual DSM-III abrió un periodo histórico en el que abordar la validez diagnóstica sobre la base de un mejoramiento de la fiabilidad interevaluador por medio de la operacionalización de las definiciones de síntomas y la categorización por criterios de los trastornos mentales.

Pasados más de 40 años, la validez diagnóstica no ha mejorado y su medición sigue siendo una cuestión compleja en psiquiatría. Por otro lado, la desaparición de la subjetividad en pro de un paradigma comportamental ha traído la creciente reificación de los diagnósticos categoriales y la investigación fundamentalmente reduccionista de tipo biológico, así como otros problemas consecuentes como la comorbilidad, la borrosidad de los límites de los diagnósticos y la estigmatización de las personas diagnosticadas.

Se han revisado las distintas alternativas al modelo categorial desarrolladas en los últimos años. Los modelos dimensionales, si bien tratan de esquivar los problemas que las categorías comportan, también es cierto que parten de inicio de la descomposición analítica de la persona que se presenta en consulta para complementarlos y recomponerlos luego conformando una totalidad que ya ha perdido la coherencia que se halla en el encuentro clínico. Terminan muchas veces en modelos complejos, poco prácticos para la clínica, basados en procedimientos estadísticos que alejan de la dimensión experiencial originaria sobre la que procede la psicopatología.

Observamos el riesgo que comportan tanto las aproximaciones dimensionales, por su tendencia analítica que dificulta la coherencia significativa entre dimensiones y en relación al sujeto habitante de un mundo constituido por su actividad, como la propuesta abolicionista de diagnósticos psiquiátricos, que tiende a condensar experiencias diversas bajo un mismo concepto no-técnico y basado en una psicología popular o del sentido común, en la medida en que homogeneizan experiencias cualitativamente diversas bajo conceptos amplios de límites imprecisos que lo mismo permiten englobarlo todo como no dar cuenta de nada. Los espectros bipolar, obsesivo o autista poco ayudan a nivel clínico. El modelo de psicosis única tan de moda de Jim van Os tiende a desdiferenciar fenómenos distintos en base a una descripción superficial y no estructural. Es decir, los fenómenos dados no se ponen en una relación estructural con el resto de fenómenos o no se ponen en una relación dialéctica con la subjetividad

como totalidad estructural con su forma singular de individualizar la experiencia. Se corre el riesgo del nihilismo que comporta la indiferencia como indistinción de aquello que se presenta (47, p. 22-23). Asumir el concepto "depresión" o "voces" como paraguas de múltiples fenómenos cualitativamente distintos que se anclan en estructuras de subjetividad diversas no ayuda a comprender mejor al otro y muchas veces contribuyen a mantener una lógica causal que, aunque no sea biológica puede ser psicológica o social. La indistinción entre formas diversas de hacer experiencia conduce muchas veces a una asistencia generalista, con frecuencia impregnada de buenismo y paternalismo, que no acierta a ayudar al otro a partir de la singularidad que es. Es más, de hecho, se corre el riesgo de incluirlo todo en la dimensión de la psicopatología, contribuyendo a una psicopatologización de la vida cotidiana que por otro lado se critica y se atribuye en exclusiva a la hegemonía operacional.

El acto de diagnosticar en psiquiatría, sustentado sobre el juicio clínico, es un proceso complejo de síntesis que parte siempre del encuentro clínico y que implica distintos momentos. Hemos ojeado algunos planteamientos al respecto que amplían la mirada para incluir otros aspectos (sensoriales, estéticos, éticos) que forman parte del proceso diagnóstico, pero no son habitualmente tematizados. La aproximación fenomenológico-hermenéutica reivindica partir de la experiencia originaria del encuentro con el Otro en el proceder psicopatológico para aprehender su Mundo de la Vida. Y para ello es imprescindible realizar una evaluación exhaustiva de la subjetividad e intersubjetividad (48). Una experiencia que se da, y he aquí el énfasis de los análisis fenomenológicos, en un mundo ya siempre interpretado que nos precede y en el que habitamos, junto a otros, como entes ontológicamente caracterizados por la posibilidad y desde la norma como fondo sobre y dentro del cual es posible desarrollar la vida.

La conversión del momento del encuentro al momento del diagnóstico supone una sustitución, cuando no pérdida, de contextos de sentido. Esto tiene implicaciones en la intelección de los problemas (nos situamos en un ámbito de sentido alejado de cualquier posibilidad de comprensión) y en la respuesta a los mismos. Lo que en un orden de realidad tiene el sentido que le da nuestra experiencia mundana, puede perderlo en otro al ser imposible su reducción bajo la fórmula de la conversión. El diagnóstico ya se asume como reduccionismo necesario para hacer ciencia, pero el proceder psicopatológico y la función que tiene la psicopatología cuanto a la tipificación diagnóstica no debe restringir la comprensión de la persona que tenemos delante, sino que debe servir para comprender mejor desde un ámbito de sentido concreto (el propio de nuestro campo de experiencia), sin tener que reducirlo exclusivamente a este. La tarea de la psicopatología es la de urbanizar la experiencia primaria en la que el otro se da, hacerla practicable y susceptible de un cierto modo de verificación y comunicación (49).

Podemos concluir con algo que viene explicitándose cada vez más en algunas publicaciones, la similitud entre el juicio clínico en psiquiatría y el juicio estético o el político. Unas similitudes que Carlos Rejón agrupaba hace unos años en dos grupos (50). Por un lado, por la naturaleza de los objetos de los que se ocupan y las condiciones en que se ejercen. Y por otro, por la misma estructura del juicio. La cuestión que consideramos fundamental aquí es que, para realizar un juicio clínico, estético o político, siempre sobre un particular y en ausencia de una regla válida universal que afecte al objeto, es necesaria una pluralidad de juicios en calidad de elemento constituyente. Ningún juicio va a cerrar el caso definitivamente puesto que se trata de realidades fundamentalmente excedentarias que desbordan las determinaciones. Y de ahí la reivindicación del papel de la psicopatología como actividad de creación de inteligibilidad sin fin (51).

Para terminar, creemos conveniente de nuevo hacer hincapié en que para poder hacer ciencia es preciso hacer generalizaciones, comunicarnos con un lenguaje compartido y no partir de la multiplicidad de casos únicos y singulares. El diagnóstico siempre va a entrañar un reduccionismo metodológico que nos conviene para algunos fines determinados, aunque no para otros. Y por eso, como Adán indica, es menester tener siempre en la cabeza la fórmula "yo interpreto que...; esta es la conclusión que alcanzo como resultado de la mejor reconstrucción que soy capaz de articular" (46, p. 476).

Contacto:

José Manuel López Santín ✉ jmlopezsantin@psmar.cat ☎ 629 665 637
CSMA Santa Coloma. Institut de Salut Mental de l'Hospital del Mar (Barcelona)
C/Irlanda, 79, Bajos • Sta Coloma de Gramenet

Patricia Álvaro Serón ✉ palvaro@cpbssm.org ☎ 652 622 744
CSMA Dreta Eixample. Fundació CPB Serveis Salut Mental

Bibliografía

1. Superior Health Council. DSM (5): The use and status of diagnosis and classification of mental health problems. Brussels: SHC; 2019. Report 9360.
2. Ortiz Lobo A. Hacia una psiquiatría crítica. Excesos y alternativas en salud mental. Madrid: Enclave de libros ediciones; 2023.
3. American Psychological Association [APA]. Utilización del manual. En: American Psychological Association [APA]. Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5). Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2014. p. 19-24.
4. US-United Kingdom Cross-National Project. The diagnosis and psychopathology of schizophrenia in New York and London. *Schizophrenia Bulletin*. 1972; Vol. 1(11), 80–102.
5. International Pilot Study of Schizophrenia & World Health Organization. Esquizofrenia: un estudio multinacional, resumen de la fase de evaluación inicial del Estudio Piloto Internacional sobre la Esquizofrenia. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1976.
6. Parnas J y Bovet P. Psychiatry made easy: operation(al)ism and some of its consequences. En: Kendler KS y Parnas J. Philosophical issues in psychiatry III: The Nature and Sources of Historical Change. Oxford: Oxford University Press; 2014. 190-212.
7. Parnas J y Bovet P. Research in psychopathology: epistemologic issues. *Comprehensive psychiatry*. 1995; 36(3):167-81.
8. Nordgaard J et al. The psychiatric interview: validity, structure, and subjectivity. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2013;263(4):353-64.
9. Hyman SE. The diagnosis of mental disorders: the problem of reification. *Annu Rev Clin Psychol*. 2010; 6:155-79.
10. Hoche; Kraepelin; Bumke. Los síntomas de la locura. Madrid: Editorial Triacastela; 1999.
11. Guimon J. Controversias en la clasificación de los trastornos mentales. OMEditorial, Core Academic; 2014.
12. Aragona M. Rethinking received views on the history of psychiatric nosology: Minor shifts, major continuities. En: Zachar P et al. Alternative perspectives on psychiatric validation: DSM, IDC, RDoC, and Beyond. Oxford: Oxford University Press; 2014. 27-46.
13. Zachar P. Psychiatric disorders are not natural kinds. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*. 2000; 7(3):167-82.
14. Kendler KS. Toward a scientific psychiatric nosology. Strengths and limitations. *Arch Gen Psychiatry*. 1990; 47(10):969-73.
15. Jablensky A y Kendell EK. Criteria for assessing a classification in psychiatry. En: Maj M et al. Psychiatric diagnosis and classification. New Jersey: John Wiley & Sons; 2022. 1-24.
16. Maj M. Why the clinical utility of diagnostic categories in psychiatry is intrinsically limited and how we can use new approaches to complement them. *World Psychiatry*. 2018; 17(2): 121–122.

17. Di Petta G. Fenomenologia alzo zero. Il corpo a corpo tra la follia e la cura. Macerata: Quodlibet; 2023.
18. Ballerini A. La diagnosi in psichiatria. Roma: Ed. Carocci; 1997.
19. Kraus A. Phenomenological and criteriological diagnosis. En: Sadler et al. Philosophical perspectives on psychiatric diagnostic classification. Blietmore: John Hopkins University Press; 1994. 148-60.
20. Sadler JZ. Values and psychiatric diagnosis. Oxford: Oxford University Press; 2004.
21. Rossi Monti M y Stanghellini G. I livelli della diagnosi. En: Stanghellini G y Rossi Monti M. Psicologia del patologico. Una propettiva fenomenológico-dinamica. Milan: Raffaello Cortina Editore; 2009.
22. Fulford KWM. Values-Based Practice: A New Partner To Evidence-Based Practice And A First For Psychiatry? En: Singh RA and Singh SA eds. Medicine, Mental Health, Science, Religion, and Well-being. Hyderabad: MSM; 2018; 6:10-21.
23. Fulford KWM et al. Looking with both eyes open: fact and value in psychiatric diagnosis? World Psychiatry. 2005;4(2):78-86.
24. Sadler JZ. Diagnosis/Antidiagnosis. En: Radden J (ed.). The philosophy of psychiatry: a companion. Oxford: Oxford University Press; 2004. 163-81.
25. Sadler JZ. Values in psychiatric diagnosis and classification. En: Fulford KWM et al (eds.). The Oxford Handbook of Philosophy and Psychiatry. Oxford: Oxford University Press; 2013. 753-778.
26. Vilar et al. Investigación traslacional en psiquiatría: el marco Research Domain Criteria (RDoC). Revista de psiquiatría y salud mental. 2019;12(3):187-195.
27. Parnas J. The RDoC program: psychiatry whitout psyche? World Psychiatry. 2014;13(1):46-47.
28. Hoffman G y Zachar P. RDoC's metaphysical assumptions: problemas and promises. En: Poland J & Tekin Ş (Eds.), Extraordinary science and psychiatry: Responses to the crisis in mental health research. Cambridge: MIT Press; 2017. 59-86.
29. Kotov R et al. A paradigm shift in psychiatric classification: the Hierarchical Taxonomy Of Psychopathology (HiTOP). World Psychiatry. 2018; 17(1): 24-25.
30. Borsboom D. A network theory of mental disorders. World Psychiatry. 2017; 16(1): 5-13.
31. Colina F. Foucaultiana. Valaladolid: La revolución delirante; 2019.
32. The British Psychological Society (Division of Clinical Psychology). Understanding psychosis and schizophrenia. Ed. Canterbury Christ Church University, 2014.
33. Timimi S. No more psychiatric labels: Why formal psychiatric diagnostic systems should be abolished. International Journal of Clinical and Health Psychology, 2014; 14:208-215.
34. Johnstone L, Boyle M. The powerthreat meaning framework: overview. Leicester: British Psychological Society, 2018 [traducción al castellano: El Marco de Poder, Amenaza y Significado. Disponible en: <https://aen.es/wp-content/uploads/2018/08/El-Marco-de-Poder-Amenaza-y-Significado-Versión-extensa-1.pdf>].
35. Johnstone L. Psychological formulation as an alternative to psychiatric diagnosis. Journal of Humanistic Psychology, 2017; 58(1):30-46.
36. Mezzich JE et al. *Person-centred Integrative Diagnosis: Conceptual Bases and Structural Model*. The Canadian Journal of Psychiatry, 2010; 55(11):701-8.
37. Maj M. Beyond diagnosis in psychiatric practice. Annals of General Psychiatry, 2020;15:19-27.
38. Spitzer M. The basis of psychiatric diagnosis. En: En: Sadler et al. Philosophical perspectives on psychiatric diagnostic classification. John Hopkins University Press, 1994. 163-77.

39. Parnas J y Zahavi D. The role of phenomenology in psychiatric diagnosis and classifications. En: Maj M et al (eds). *Psychiatric diagnosis and classification*. John Wiley & sons, Ltd; 2002. p. 137-62.
40. Wiggins OP y Schwartz AS. Phenomenology and psychopathology: in search of a method. En: Stanghellini G y Fuchs T (eds). *One century of Karl Jaspers' General Psychopathology*. Oxford University Press; 2013. p. 16-26.
41. Wiggins OP y Schwartz MA. The limits of psychiatric knowledge and the problem of classification. En: Sadler et al (eds). *Philosophical perspectives on psychiatric diagnostic classification*. Londres: John Hopkins University Press; 1994. p. 89-103.
42. Ostergaard SD et al. The heterogeneity of the depressive syndrome: when numbers get serious. *Acta Psychiatrica Scandinava*. 2011;124(6):495-96.
43. Stanghellini G y Mancini M. *Mondi psicopatologici. Teoria e pratica dell'intervista psicoterapeutica*. Milan:Edra S.p.A.;2018.
44. Messas G et al. The dialectics of altered experience: how to validly construct a phenomenologically based diagnosis in psychiatry. *Front Psychiatry*. 2022 Apr 12;13:867706.
45. Ramos P y Rejón C. *El esquema de lo concreto. Una introducción a la psicopatología*. Madrid: Editorial Triacastela; 2002.
46. Adan J. Sobre el juicio psiquiátrico y su pretensión de verdad. *Re. Asoc. Esp. Neuropsiq*. 2016; 36(130):463-478.
47. Esquirol JM. *La resistencia íntima. Ensayo de una filosofía de la proximidad*. Barcelona: Acantilado;2015.
48. Fuchs T. Subjectivity and intersubjectivity in psychiatric diagnosis. *Psychopathology*. 2010; 43:268-274.
49. Ramos P y González Calvo JM. Sentido y experiencia en psicopatología. <https://fenopatologica.com/2018/11/04/sentido-y-experiencia-en-psicopatologia/> Acceso 1/04/2019.
50. Rejón C. Introducció. El que Sherlock Holmes va explicar a Hanna Arendt: naturalesa del judici clínic en psiquiatria. En: Rejón C (de.). *Dotze problemes de psiquiatria clínica*. Barcelona: Diputació de Barcelona; 2007. p. 13-25.
51. Ramos P. La experiencia psiquiátrica y la psicopatología. Implicaciones filosóficas en la autocomprensión de la psiquiatría. *Eikasía Revista de filosofía*. 2022; 107:109-122.

- Recibido: 09/08/2024.
- Aceptado: 23/10/2024.

Representación literaria del trastorno mental: la simbología del paciente.

Literary representation of mental disorder: the patient's symbology.

Roberto García Sánchez.

ORCID: 0000-0003-0385-1532. Profesor de la Universidad Europea de Canarias.

Nayra Caballero Estebaranz.

ORCID: 0000-0002-9912-3566. Profesor de la Universidad Europea de Canarias.

Francisco Rodríguez Pulido.

ORCID: 0000-0001-6819-5500. Profesor de la Universidad de La Laguna.

Resumen: La representación del trastorno mental puede ser llevada a cabo a través de metáforas poderosas como la oscuridad, el vacío y el infierno, evocando una lucha interna profunda y dolorosa. La oscuridad simboliza la confusión y la pérdida del sentido de la realidad, mientras que el vacío refleja la sensación de aislamiento y falta de propósito que experimentan los afectados. En este contexto, el Infierno de Dante se convierte en una analogía del descenso personal hacia la desesperación y la locura, donde cada círculo es una etapa del sufrimiento psíquico. Los monstruos, por su parte, representan los miedos y angustias internas que persiguen al paciente. Estas imágenes, cargadas de simbolismo, permiten explorar el tormento emocional y psicológico desde una perspectiva más tangible, mostrando la experiencia devastadora del trastorno mental y sus efectos en la percepción del mundo y de uno mismo.

Palabras clave: trastorno mental, oscuridad, soledad, angustia, tristeza.

Abstract: The representation of mental disorder can be carried out through powerful metaphors such as darkness, emptiness and hell, evoking a deep and painful internal struggle. Darkness symbolizes confusion and loss of sense of reality, while emptiness reflects the sense of isolation and purposelessness experienced by those affected. In this context, Dante's Inferno becomes an analogy of personal descent into despair and madness, where each circle is a stage of psychic suffering. The monsters, for their part, represent the internal fears and anxieties that haunt the patient. These images, loaded with symbolism, allow you to explore emotional and psychological torment from a more tangible perspective, showing the devastating experience of mental disorder and its effects on the perception of the world and oneself.

Keywords: mental disorder, darkness, loneliness, anxiety, sadness.

Introducción

En la práctica clínica y en la literatura científica se observa una larga lista de síntomas definidos en categorías rígidamente establecidas, en las cuales se encaja al conjunto de la población. La salud mental lleva años tratando conjuntos de síntomas con extremidades que entran en la consulta a base de psicofármacos o técnicas psicológicas concretas, para disminuir la frecuencia de aparición de dicha sintomatología. Los profesionales se han convertido en administradores de fármacos y aplicadores de técnicas. Se podría imaginar cuándo comenzó todo esto, sin embargo, el progreso consiste en mirar

hacia delante, es más, se podría comenzar por un simple acto. Cuando se dejan a un lado los síntomas que posee un paciente y se mira detrás de su espalda, se puede comprender la sombra que esconde toda una vida, una psicobiografía que explica todo lo habido y por haber.

Resulta complicado dedicar tiempo, cariño y paciencia al proceso tan necesario de escucha de los pacientes, que no dejan de ser en ningún momento personas dignas de ser escuchadas, en este mundo de inmediatez, química y donde cada avance tiene que ser inmediato porque si no es así, se abandona el camino... Ante esta situación, el presente trabajo tiene como objetivo facilitar la labor al clínico, que no debe ser un oyente sino un escuchante, para lo cual se muestran una serie de metáforas o analogías que ha sido recopiladas a través de los años de escucha de los pacientes, para que se pueda comprender mejor su mundo interno, sus representaciones simbólicas, sus miedos y, especialmente, su proceso personal. El existencialismo y la fenomenología, dirigidos de forma científica, permiten una aproximación objetiva a lo subjetivo y esto es esencial porque la finalidad última, así como el sentido de la existencia del ser humano, es la creatividad, la consciencia (García-Sánchez, 2024).

I. Representaciones del trastorno mental

1. El parásito

Un trastorno mental podría compararse con un parásito que invade el organismo, un agente que no pertenece originalmente al cuerpo, pero que, una vez que se introduce, se instala profundamente y comienza a alterar el equilibrio interno del ser.

Al igual que un parásito físico, el trastorno mental se infiltra en la psique, inicialmente de manera casi imperceptible, generando pequeñas disonancias en la forma en que se percibe el mundo y nos relacionamos con él. Este "parásito mental" puede apoderarse de las estructuras más profundas de la mente, modificando los pensamientos, las emociones y las conductas, a veces de manera sutil, otras de manera devastadora.

Mientras el parásito biológico consume los recursos del organismo para sobrevivir y reproducirse, un trastorno mental actúa de forma similar: se alimenta de las energías mentales, afectivas y cognitivas, deteriorando la capacidad de funcionar de manera plena y libre. Desvía la propia esencia, reemplazando la claridad mental por distorsiones, la libertad de acción por compulsiones o inhibiciones, y el bienestar por malestar constante.

Esta "invasión" mental puede verse como una crisis del ser, un desajuste que desafía la identidad y autonomía. Sin embargo, a diferencia de los parásitos biológicos, los trastornos mentales no siempre son agentes externos, sino que pueden surgir de los propios procesos internos, alimentados por experiencias, traumas o predisposiciones genéticas. En este sentido, lo que se experimenta como una fuerza alienante y destructiva es también una parte de nosotros mismos, descontrolada y fuera de armonía.

Por lo tanto, la recuperación de un trastorno mental, como la expulsión de un parásito, implica un proceso de reintegración y reconstrucción del equilibrio interno. Requiere tomar conciencia de esa "invasión" mental, entender su origen y, de alguna manera, aprender a restaurar el control sobre la propia mente y las experiencias.

Desde esa perspectiva, en la que el trastorno mental se asemeja a un parásito que invade la mente, luchar contra él no se trataría solo de una batalla externa, sino de una confrontación interna, una búsqueda de equilibrio entre lo que el "parásito" representa y la esencia de la persona. Para enfrentarlo, podrían trazarse varias estrategias que no solo buscan erradicar la "invasión", sino integrar y comprender su presencia en la vida. Quizás estas serían las mejores formas de emprender esta titánica batalla:

Tomar conciencia de la invasión: el primer paso para luchar contra cualquier invasor, sea físico o mental, es reconocer su existencia. En este sentido, se requiere una profunda autoobservación y reflexión, una disposición a enfrentar los síntomas y las distorsiones de nuestra mente en lugar de huir de ellos. El “parásito mental” prospera en la oscuridad del inconsciente, y solo al traerlo a la luz –mediante el autoconocimiento y la introspección– se puede empezar a dismantelar su control.

Entender su naturaleza: luchar contra algo desconocido es fútil. Como cualquier parásito, el trastorno mental tiene una naturaleza y un propósito en nuestro ser, aunque parezca destructivo. En lugar de verlo simplemente como un enemigo externo, podríamos preguntarnos: ¿Qué quiere? ¿Qué necesidades internas no satisfechas están manifestando? Desde la psicodinámica, los trastornos mentales son a menudo el resultado de conflictos inconscientes no resueltos. Así, “combatir” el parásito implicaría entenderlo, como si dialogáramos con una parte de nosotros que hemos reprimido o ignorado.

Reforzar el organismo: en términos biológicos, la mejor defensa contra un parásito no siempre es destruirlo directamente, sino fortalecer al huésped. De manera similar, en el ámbito mental, el fortalecimiento de la psique puede ayudar a reducir la influencia del trastorno. Esto implica desarrollar hábitos mentales saludables: meditación, terapia, creatividad, ejercicio físico, buenos hábitos de sueño, entre otros. Estos actúan como nutrientes que fortalecen el sistema inmunológico mental, reduciendo el terreno fértil en el que el trastorno puede prosperar.

Integrar al parásito, no solo destruirlo: a diferencia de un parásito biológico que simplemente debe ser erradicado, un trastorno mental puede contener lecciones o verdades profundas sobre nosotros mismos. La lucha no necesariamente debe ser vista como una eliminación absoluta del “parásito”, sino como una integración de las partes de la psique que han sido fragmentadas o reprimidas. El objetivo sería restablecer la armonía en la mente, de manera que las fuerzas destructivas internas sean transformadas en fuerzas creativas y constructivas.

Buscar apoyo externo: en la lucha contra parásitos físicos, se requieren intervenciones externas, ya sea medicina, cirugías o tratamientos. De manera similar, los trastornos mentales muchas veces requieren la ayuda de profesionales –psicoterapeutas, psiquiatras– que actúan como guías en la batalla interna. No siempre somos capaces de comprender la complejidad de nuestra mente en soledad, y en ocasiones necesitamos el “tratamiento” de la experiencia externa.

Aceptar la vulnerabilidad: parte de la lucha contra el parásito mental implica aceptar que el sufrimiento y la vulnerabilidad son inherentes a la condición humana. No se trata de ganar una batalla y quedar libres para siempre, sino de desarrollar una relación diferente con ese malestar, aprendiendo a convivir con las propias sombras. Aceptar la vulnerabilidad no es rendirse, sino reconocerse como un ser complejo y multifacético.

Como conclusión, combatir ese parásito mental implica, más que una lucha directa, una reconciliación con las partes de uno mismo que han quedado olvidadas o que resultan difíciles de manejar. No se trata solo de destruir lo que hace sufrir, sino de transformarlo en una oportunidad de crecimiento, fortalecimiento y autocomprensión profunda.

2. El monstruo

Un trastorno mental puede ser imaginado como un monstruo, este podría tener una forma cambiante y nebulosa, reflejando la naturaleza fluida y a menudo impredecible del malestar psicológico. De hecho, se podrían discernir entre distintas características de este gran monstruo:

Forma indefinida y cambiante: el monstruo no tendría una forma fija. Sería una criatura que muta constantemente, cambiando de tamaño y de apariencia según los estados emocionales de la persona. A veces podría ser enorme, cubriendo todo el espacio de la mente y haciendo sentir su peso; otras

veces serían pequeñas y sutiles, pero siempre presentes, como una sombra en el fondo que nunca desaparece del todo. Esto simbolizaría la forma en que un trastorno mental puede ser abrumador en ciertos momentos y apenas perceptible en otros, pero sigue siendo una presencia persistente.

Rostro fragmentado: su rostro podría estar compuesto por múltiples máscaras superpuestas o fragmentos de rostros diferentes, algunos distorsionados, otros reconocibles. Cada máscara representaría diferentes emociones o pensamientos, algunos conocidos, otros ajenos, reflejando la confusión interna y la disociación que a menudo se siente en los trastornos mentales. Estas caras pueden ser espeluznantemente familiares, recordando partes de la propia identidad, pero alteradas de una forma perturbadora.

Ojos múltiples y penetrantes: los ojos de este monstruo serían numerosos, dispersos por todo su cuerpo, siempre observando, siempre vigilando. Estos ojos representarían la autocrítica constante, la hipervigilancia y la sensación de ser observado o juzgado, características comunes de muchos trastornos como la ansiedad o la paranoia. Serían ojos inquietos, siempre en movimiento, incapaces de descansar, aludiendo a la mente que no puede encontrar la paz.

Cuerpo enredado y pesado: el cuerpo del monstruo podría estar envuelto en tentáculos o cadenas que se extienden y enredan alrededor del espacio, simbolizando la sensación de estar atrapado o restringido por los propios pensamientos o emociones. Este cuerpo pesado sería una representación de la carga mental y emocional que el trastorno impone, arrastrando a la persona hacia abajo y limitando su capacidad de moverse o actuar libremente.

Voz distorsionada y caótica: el monstruo no tendría una voz clara. Emitiría un murmullo constante, voces solapadas que se confunden unas con otras, como si vinieran desde todas partes, sin un origen definido. Algunas serán críticas duras, otros susurros de miedo, y otros simples ruidos sin sentido, reflejando la cacofonía interna de pensamientos desordenados, irracionales o repetitivos que son comunes en trastornos como la depresión o el trastorno obsesivo-compulsivo.

Aroma de estancamiento: aunque invisible, el monstruo emitiría un aura de pesadez, un ambiente denso y opresivo que hace que cada respiración se sienta cargada. El aire a su alrededor estaría viciado, inmóvil, como en una habitación cerrada y sin ventilación, simbolizando el estancamiento mental y emocional que muchas veces acompaña a los trastornos, donde el tiempo parece detenerse y cada día se siente igual que el anterior.

Garras invisibles que controlan: aunque el monstruo no siempre atacaría directamente, tendrían garras invisibles que se extenderían desde su cuerpo hacia la persona, manipulando sus pensamientos y emociones como si fueran hilos de una marioneta. Estas garras representarían la pérdida de control que las personas con trastornos mentales suelen experimentar, sintiendo que sus propios pensamientos y comportamientos ya no están completamente bajo su voluntad.

En conjunto, este monstruo encarnaría la complejidad y la naturaleza invasiva de los trastornos mentales, siendo una criatura que no es completamente externa ni interna, que distorsiona la realidad y confunde los límites entre la persona y sus propios pensamientos. Al igual que un trastorno mental, sería un ente difícil de definir, impredecible y, a menudo, aterrador, pero también una parte intrínseca del paisaje mental que lucha por ser comprendida y, de algún modo, apaciguada.

3. El oscuro pozo

Cuando el trastorno mental es representado como un pozo, su naturaleza es igualmente simbólica y profunda, capturando la sensación de hundimiento, aislamiento y oscuridad que muchas personas experimentan en su lucha interna. Ese pozo está constituido por partes claramente definidas:

Oscuridad insondable: el pozo sería increíblemente profundo, tan oscuro que no se vería el fondo, o quizás nunca lo tuviera. Esa oscuridad total simbolizaría la desesperación o la incertidumbre que muchas personas sienten con los trastornos mentales, como si no hubiera una salida clara ni un fin a la caída. Mirar dentro de este pozo sería como contemplar el abismo de la propia mente, donde todo se vuelve confuso y opresivo.

Paredes resbaladizas y claustrofóbicas: las paredes del pozo serán lisas y resbaladizas, cubiertas de humedad, lo que haría imposible escalar para salir. Esta imposibilidad de escapar representaría la sensación de estar atrapado dentro de uno mismo, donde cada intento por mejorar parece inútil o demasiado difícil. Las paredes estarían tan cerca que provocarían una sensación de claustrofobia, una presión que simboliza la opresión emocional que muchos sienten en su interior.

Un eco interminable: cualquier sonido que se hiciera dentro del pozo resonaría sin cesar, creando un eco que distorsiona las palabras y pensamientos, amplificándolos. Esto reflejaría cómo en un trastorno mental, los pensamientos pueden reverberar incontrolablemente, repitiéndose en bucles obsesivos o generando ansiedad. El eco, en lugar de ser reconfortante, intensificaría el sentido de soledad y desconexión.

Aire frío y pesado: el aire dentro del pozo sería frío y denso, haciendo que respirar fuera difícil, como si cada inhalación costara un esfuerzo tremendo. Este aire helado representaría la falta de vitalidad, la ausencia de energía que a menudo acompaña a la depresión u otros trastornos mentales, donde incluso las actividades más simples parecen abrumadoras y agotadoras.

Agua turbia en el fondo: si hubiera un fondo, estaría cubierto de agua turbia y estancada, como si representara las emociones reprimidas o los resultados que se han acumulado con el tiempo. El agua sería fría y sucia, imposible de ver a través de ella, lo que simbolizaría la confusión emocional y la dificultad para comprender el origen de los propios sentimientos. Este estancamiento sugiere que la mente se encuentra atrapada en un ciclo sin renovación ni frescura.

Raíces enredadas y espinosas: aunque las paredes del pozo serían lisas, aquí y allá habría raíces que se enredan, con espinas afiladas que se clavan al intentar agarrarse a ellas. Estas raíces representan los pensamientos dañinos o autocríticos que, aunque podrían parecer una salida momentánea, en realidad hieren más profundamente. Simbolizan las creencias distorsionadas o las narrativas mentales destructivas que empeoran la situación en lugar de ofrecer alivio.

La sensación de soledad abrumadora: el pozo, aunque profundo y oscuro, estaría completamente aislado, como si existiera en un lugar donde nadie puede escuchar los gritos de ayuda. La persona en su interior podría sentir que, aunque el mundo sigue afuera, dentro de ese pozo, todo es distante e inaccesible. Esta soledad simbolizaría la desconexión que a menudo sienten las personas con trastornos mentales, como si estuvieran separadas de los demás por una barrera invisible.

Aparente inmovilidad del tiempo: en este pozo, el tiempo parecería congelado. No hay cambios perceptibles en la luz o el ambiente, como si todo se mantuviera en un perpetuo estado de suspensión. Este estancamiento temporal simboliza cómo, durante un trastorno mental, los días pueden parecer interminables y sin sentido, donde el paso del tiempo no trae alivio ni evolución, solo más de lo mismo.

Voces susurrantes en la oscuridad: desde las profundidades del pozo, podría haber voces apenas audibles que susurran palabras confusas, críticas o temores, que parecen venir de todas partes y de ninguna a la vez. Estas voces serían el reflejo de los pensamientos automáticos negativos, ansiosos o depresivos que, aunque no siempre sean conscientes, siempre están ahí, socavando la estabilidad mental.

En conjunto, este pozo sería una metáfora poderosa de la experiencia de los trastornos mentales: una combinación de aislamiento, desesperanza y un sentido de hundimiento sin fin, donde la salida parece imposible y el tiempo se dilata en la oscuridad. Sin embargo, al igual que con cualquier pozo,

aunque parezca interminable, siempre existe la posibilidad de que desde el exterior alguien pueda bajar una cuerda, simbolizando la esperanza de ayuda externa, sea a través de apoyo emocional, terapia o tratamiento.

4. El vacío

Si el trastorno mental fuera la oscuridad del vacío, representaría una experiencia aún más radical, donde no solo hay ausencia de luz, sino también de toda referencia, forma o límite. Este vacío oscuro no sería simplemente la falta de algo, sino una presencia abrumadora en sí misma, que simboliza la disolución de todo lo familiar y estructurado en la mente y la vida:

Infinita y sin límites: la oscuridad del vacío no tendría fronteras ni contornos. Sería un espacio sin arriba ni abajo, sin direcciones o puntos de referencia, donde la persona se sentiría completamente desorientada. Esta vastedad sin límites simbolizaría la sensación de pérdida de control o de dirección que muchas personas experimentan en su mente, donde ya no hay un sentido claro de hacia dónde ir o cómo encontrar estabilidad. Estar en esta oscuridad sería como flotar sin rumbo en el abismo de la mente.

Silencio total, pero ensordecedor: en esta oscuridad no habría sonidos, pero el silencio sería tan profundo que sería casi ensordecedor. Este silencio representa la desconexión total con el mundo exterior, la sensación de aislamiento extremo que puede generar un trastorno mental. Es un silencio que no trae paz, sino una creciente, donde la mente, al no tener estímulos externos, ansiedad, se vuelve un eco amplificado de los propios pensamientos y emociones.

Sensación de inexistencia: en este vacío oscuro, la persona no solo se sentiría perdida, sino que comenzaría a perder el sentido de su propia existencia. Sin luz ni forma, sería difícil saber dónde empieza el cuerpo o dónde termina la conciencia, lo que simboliza una profunda crisis de identidad, como sucede en ciertos trastornos mentales donde la persona siente que se está desvaneciendo o disociando de sí misma. La oscuridad borraría los límites entre el "yo" y el "no-yo", creando una sensación de desaparición.

Opresión invisible: aunque el vacío sería inmenso, habría una sensación de opresión constante, como si el mismo aire estuviera cargado, pesado, dificultando la respiración. Esta opresión, aunque no visible, reflejaría la presión emocional y mental de los trastornos, donde el peso del malestar psicológico puede hacer que incluso el espacio más amplio se sienta cerrado y aplastante. La ausencia de forma no implica ligereza; por el contrario, sería una oscuridad que pesa sobre el alma.

Tiempo congelado, pero infinito: en este vacío, el tiempo perdería todo significado. No habría un antes ni un después, solo un presente perpetuo, interminable. Esto representaría la vivencia de muchos con trastornos mentales, especialmente la depresión, donde el paso del tiempo se siente suspendido y cada momento parece una repetición interminable del anterior, sin posibilidad de cambio o salida. El vacío no ofrece futuro, sólo una continuidad de la nada.

Ausencia de sentido y propósito: el vacío sería una representación de la pérdida de significado, una condición donde la existencia misma parece carecer de propósito. Estar en este vacío sería similar a experimentar una forma extrema de nihilismo, donde ni las emociones, ni los pensamientos, ni las acciones parecen tener valor o sentido. Es la desconexión total con los aspectos que otorgan significado a la vida, una sensación de que todo es inútil y vacío, lo cual puede ser el núcleo de muchos trastornos existenciales o depresivos.

Sin reflejo ni retroalimentación: en la oscuridad del vacío, no habría nada que reflejara la propia imagen, ni espejos ni superficies donde verse. Esto simboliza una falta de reconocimiento o validación, tanto interna como externa. La persona se encontraría en un estado en el que ya no puede verse a sí misma

claramente, una metáfora de la alienación y la pérdida de la autopercepción que ocurre en muchos trastornos, como si la identidad se desdibujara en la oscuridad.

Atractivo pero temible: el vacío oscuro también tendría un componente paradójico: a pesar de su horror, podría tener un extraño poder de atracción. Podría simbolizar el deseo de rendirse o desaparecer dentro de la oscuridad, como sucede en momentos de desesperación extrema. Esta atracción hacia la nada representaría la tentación de ceder al trastorno, de dejarse llevar por la inercia del malestar, donde la lucha parece imposible y la rendición parece ofrecer un tipo de "alivio" final.

Fragmentos de recuerdos o luces lejanas: de vez en cuando, en la inmensidad del vacío, podrían aparecer pequeñas luces distantes o fragmentos de recuerdos que flotan sin rumbo. Estos destellos serán como ecos de lo que una vez fue, fragmentos de la vida y de la persona antes de ser consumida por la oscuridad. Estas luces, aunque tenues, serán la representación de los momentos de claridad o esperanza que a veces surgen, pero que son rápidamente absorbidos nuevamente por el vacío si no son rescatados.

Ante todo lo relatado, la oscuridad del vacío como metáfora de un trastorno mental representaría la experiencia de disolución del yo, de pérdida total de control, sentido y dirección, donde la persona se siente atrapada en un espacio sin límites, sin tiempo y sin significado. Esta imagen encapsula la desolación extrema que puede surgir en la mente cuando el trastorno mental alcanza su punto más profundo, creando una sensación de desconexión absoluta con la realidad y consigo mismo.

5. Óleo sobre lienzo

Si el trastorno mental, representado como la oscuridad del vacío, fuera de un óleo sobre lienzo, la pintura tendría una cualidad profunda y abstracta, evocando las emociones más profundas y las sensaciones de aislamiento y desorientación:

Paleta de colores oscuros y sombríos: la base de la pintura estaría dominada por tonos de negro, gris profundo, azul oscuro y púrpura. Estos colores representarían el vacío, la oscuridad insondable y el peso emocional del trastorno. No sería un negro uniforme, sino lleno de matices, como si distintas sombras estuvieran superpuestas unas sobre otras, simbolizando la complejidad del malestar psicológico. En ciertas áreas, los negros serían casi absolutos, creando áreas de vacío total, mientras que, en otras, los colores se difuminarían suavemente, generando una sensación de profundidad sin fin.

Capa de textura densa y áspera: la pintura estaría cargada de textura, aplicada con espátula y pinceladas gruesas, creando una superficie rugosa y casi palpable. Esta textura transmitiría la sensación de opresión y peso, como si cada capa de pintura representara la acumulación de pensamientos y emociones atrapadas. Al acercarse al lienzo, el espectador podría sentir cómo la pintura parece querer salir del plano, simbolizando lo inescapable y agobiante del trastorno.

Ausencia de formas definidas: el óleo carecería de formas claras y figurativas, enfatizando la sensación de desorientación y falta de estructura del vacío. Sería una composición abstracta, en la que las líneas y formas se difuminarían y fusionarían unas con otras, como si la realidad misma estuviera en proceso de disolución. Esto simbolizaría la pérdida de control, de límites claros entre uno mismo y el entorno, una característica común en la experiencia del trastorno mental.

Vórtice central o grieta oscura: en el centro del lienzo, podría haber un vórtice oscuro, una mancha de negro más profunda o una grieta que parece atraerlo todo hacia su interior. Este elemento central actuaría como el corazón del vacío, una representación visual del abismo que devora la conciencia y el sentido de identidad. El vórtice podría estar rodeado de pinceladas caóticas que sugieren movimiento, como si el vacío estuviera en constante expansión, simbolizando la fuerza imparable del trastorno.

Pequeñas luces o destellos apagados: en contraste con la oscuridad dominante, podría haber pequeños puntos de luz o destellos de color pálido (tal vez amarillos, blancos o azules apagados) en los márgenes de la pintura. Estos serán extremadamente tenues, casi ocultos, sugiriendo una vaga sensación de esperanza o recuerdos lejanos que intentan abrirse paso a través del vacío. Estos destellos no brillarían intensamente, sino que estarían difuminados y absorbidos por la oscuridad circundante, simbolizando la fragilidad de la claridad mental y la dificultad de escapar de la opresión.

Pinceladas caóticas y difusas en los bordes: a lo largo de los bordes del lienzo, las pinceladas serían más caóticas, imprecisas, como si la pintura misma estuviera desintegrándose hacia el exterior. Este efecto de análisis visual crearía una sensación de disolución, como si la estructura de la realidad se estuviera desmoronando en la nada. Los bordes desdibujados representarían la confusión mental y la imposibilidad de encontrar límites claros entre lo interno y lo externo, lo real y lo irreal.

Sentimiento de infinito: a pesar de estar confinado a un lienzo, la pintura tendría una sensación de inmensidad, como si el espacio oscuro dentro de la composición fuera interminable. Los tonos más oscuros en el centro y los matices más ligeros en los bordes podrían generar una ilusión de profundidad, haciendo que el espectador se sienta que está contemplando un abismo infinito. Esto transmitiría la sensación de estar atrapado en un estado mental sin fin, donde la salida es invisible o inalcanzable.

Ausencia de horizonte: no habría ninguna línea de horizonte o puntos de referencia. Esto reforzaría la sensación de que en este vacío no hay "tierra firme" o "cielo", lo que refleja la pérdida total de orientación y sentido. El espectador se vería absorbido por la pintura, sintiendo la incertidumbre que genera la ausencia de límites, una metáfora de la pérdida de control en la experiencia del trastorno mental.

Trazos sutiles de una figura oculta: es posible que, en algún rincón de la composición, apenas perceptible, pudiera haber indicios de una figura humana, o tal vez solo un contorno vago. Esta figura estaría parcialmente oculta por las sombras o podría estar desintegrándose en la misma oscuridad. Esta representación simbólica de la persona atrapada dentro del trastorno sería borrosa, casi irreconocible, como si la identidad misma estuviera perdiéndose en el vacío, sin posibilidad de salir.

El óleo sobre lienzo que representa el trastorno mental como la oscuridad del vacío sería una obra poderosa y profundamente emocional, llena de texturas ricas, colores oscuros y una sensación de movimiento caótico e indefinido. Transmitiría la opresión, el desasosiego y la inmensidad de un estado mental en el que la persona se siente atrapada, flotando en un abismo sin forma ni fin, con solo tenues destellos de luz que intentan luchar contra una oscuridad abrumadora.

II. Representación psicoterapéutica

El proceso terapéutico a través de La Divina Comedia

Si utilizamos la analogía de *La Divina Comedia* de Dante para describir un trastorno mental, podríamos compararlo con un descenso al Infierno, en el que la mente recorre diferentes "círculos" o niveles de sufrimiento psicológico, muy similar al viaje de Dante a través del *Infierno*, el *Purgatorio* y el *Paraíso*. Cada etapa del viaje podría simbolizar diferentes aspectos de un trastorno mental, desde los niveles más intensos y destructivos del sufrimiento, hasta posibles momentos de esperanza y recuperación.

- El Infierno: El abismo del sufrimiento mental

El *Infierno* sería la representación más intensa y oscura del trastorno mental, un descenso a los niveles más bajos y profundos de la mente, donde se experimenta el dolor, el caos y la desesperación. Aquí, cada círculo del infierno puede simbolizar una etapa distinta de este malestar psicológico:

- 1. Primer círculo (Limbo): la desconexión y la apatía.** Aquí, la persona con un trastorno mental se sentiría atrapada en una especie de limbo emocional, donde todo está vacío, sin sentido o propósito. Es un estado de *apatía profunda*, donde ya no se encuentra significado en nada y la vida parece carecer de dirección. El limbo refleja la desconexión de la realidad, donde el mundo sigue adelante, pero la mente permanece estancada, incapaz de avanzar.
- 2. Segundo círculo: la tormenta de la ansiedad.** En este círculo, la mente estaría atrapada en una tormenta constante de *ansiedad*, con pensamientos que giran y giran sin cesar, como almas arrastradas por un viento furioso, incapaces de encontrar reposo. Los pensamientos ansiosos son como ese viento imparable, que empuja a la persona de una preocupación a otra, creando un ciclo interminable de miedo e inquietud.
- 3. Tercer círculo: el hambre insaciable del vacío emocional.** Este círculo representaría el *vacío emocional*, una sensación de insaciabilidad en la que la persona siente una constante hambre de algo que no puede nombrar ni saciar. Es la incapacidad de sentir satisfacción o alegría, como si el placer o la conexión emocional estuvieran fuera de su alcance. Este círculo sería una metáfora de la depresión, donde el individuo siente que nada puede llenar ese abismo interior.
- 4. Cuarto círculo: la carga del perfeccionismo y la culpa.** Aquí, la persona está atrapada en el ciclo del *perfeccionismo* y la *culpa*, arrastrando consigo el peso de expectativas inalcanzables y autocríticas implacables. Como las almas que empujan enormes pesos en el infierno, el trastorno mental obliga a la persona a cargar con el peso de sus propios juicios y exigencias, sintiendo que siempre es insuficiente o que nunca es capaz de cumplir con sus propias expectativas.
- 5. Quinto círculo: la ira reprimida y la autodestrucción.** En este círculo, el trastorno mental se manifiesta como *ira reprimida*, que se expresa de dos formas: en el exterior, como hostilidad hacia los demás, o hacia el interior, como autodestrucción. Aquí, las almas están sumergidas en un pantano de odio y frustración, lo que refleja cómo la ira no canalizada puede llevar a la persona a dañarse a sí misma o a sus relaciones, hundiéndose más en su propio malestar.
- 6. Sexto círculo: el abismo de la desesperanza y el nihilismo.** En este círculo se encuentra la desesperación más absoluta, donde la persona ha perdido la fe en cualquier tipo de salida o redención. El trastorno mental se convierte aquí en un nihilismo profundo, una creencia de que nada importa y que no hay esperanza de mejora. Este nivel del infierno podría ser una metáfora de los pensamientos suicidas o del agotamiento emocional extremo, donde todo parece carecer de sentido.
- 7. Séptimo círculo: la violencia hacia uno mismo.** Este círculo, que en *La Divina Comedia* está reservado para los violentos, podría representar el daño que la persona con un trastorno mental se inflige a sí misma, ya sea en forma de autolesiones, conductas destructivas o pensamientos autocríticos extremos. Este es el punto más oscuro del infierno personal, donde el dolor ya no solo es emocional, sino también físico o conductual.
- 8. Octavo círculo: el engaño de la mente.** En el círculo de los fraudulentos, podríamos ver una analogía con las distorsiones cognitivas, esos pensamientos engañosos que distorsionan la realidad. Aquí, el trastorno mental engaña a la persona haciéndole creer en verdades falsas sobre sí misma: "No soy suficiente", "Soy una carga", "No hay salida". Como los pecadores que engañaron a otros en la vida, la mente se convierte en un enemigo interno que manipula la percepción de la realidad.
- 9. Noveno círculo: la traición del yo.** En el círculo más profundo del infierno, reservado para los traidores, la persona experimentaría una sensación de traición hacia sí misma. Aquí, el trastorno mental ha llegado al punto en el que la persona ya no se reconoce a sí misma y siente que ha perdido completamente su identidad. Este es el círculo del aislamiento total, donde la mente se ha vuelto contra la propia persona, dejándola congelada en un estado de desconexión absoluta.

- **El Purgatorio: el esfuerzo por salir del sufrimiento**

El *Purgatorio* representaría el proceso de lucha y esfuerzo por recuperar la estabilidad mental. Aquí, la persona, aunque aún sufre, comienza a ascender por una serie de pruebas y desafíos, cada uno diseñado para superar los efectos del trastorno. Este ascenso simboliza la búsqueda de sanación, donde cada paso hacia arriba es un pequeño avance hacia la luz.

La escalera del autoconocimiento: la persona comienza a enfrentarse a sus demonios internos, comprendiendo sus propias emociones, miedos y deseos. El Purgatorio es un proceso de autocomprensión y aceptación, donde el sufrimiento es necesario, pero es un sufrimiento que trae crecimiento y aprendizaje.

El peso del arrepentimiento y la autocompasión: aquí, la persona lucha contra la culpa y el arrepentimiento, no solo buscando perdón externo, sino desarrollando *la autocompasión*. Es un proceso lento, donde aprende a no ser tan dura consigo misma, a dejar ir el pasado ya empezar a cuidar de su propio bienestar mental.

Los ángeles del apoyo externo: en el Purgatorio, la persona también comienza a recibir ayuda externa, sea a través de la terapia, amigos, familiares o medicación. Estos ángeles guían el ascenso, ayudando a la persona a liberar el peso que la ataba al infierno, simbolizando el valor del apoyo en el proceso de recuperación.

- **El Paraíso: la claridad mental y la paz interior**

El *Paraíso* no es la eliminación completa de las dificultades, pero representa el estado ideal de *equilibrio mental y paz interior*. Aquí, la mente ha alcanzado un nivel de claridad, donde, aunque las sombras del trastorno pueden seguir existiendo, ya no tienen el poder de hundir a la persona. El Paraíso es la culminación del viaje, el lugar donde la persona recupera su *sentido de propósito y autoaceptación*.

El círculo de la paz: el último nivel del Paraíso sería un estado de paz interior, donde la mente ha encontrado su centro y las luchas del pasado ya no la dominan. Aquí, la persona puede ver su vida con perspectiva, con una profunda comprensión de sí misma y de las experiencias que la llevaron hasta este punto.

La conexión con los demás: en el Paraíso, la persona se reconecta con los demás y con el mundo, recuperando la capacidad de sentir alegría, amor y propósito. La luz que ilumina este nivel no es solo una ausencia de oscuridad, sino una plenitud de vida y significado, algo que había estado ausente durante el descenso en el trastorno.

Un trastorno mental podría ser comprendido como un viaje a través de diferentes niveles de sufrimiento, autodescubrimiento y, finalmente, redención. Desde el *Infierno* de la desesperación, pasando por el *Purgatorio* del esfuerzo y la lucha, hasta el eventual *Paraíso* de la claridad mental, esta narrativa refleja el complejo proceso de entender, enfrentar y, con esperanza, superar el trastorno.

Conclusión

La representación simbólica del sufrimiento interno es un aspecto clave en el proceso terapéutico de curación. Las personas, al enfrentarse a experiencias traumáticas o trastornos mentales, tienden a desarrollar metáforas y símbolos para interpretar y expresar sus emociones y dolor, lo que se convierte en un recurso poderoso para la terapia. Estas imágenes internas –como la oscuridad, el vacío, los monstruos o incluso el descenso al infierno– permiten dar forma a lo intangible, haciendo que los sentimientos más abrumadores sean comprensibles tanto para el paciente como para el terapeuta.

La externalización de estos símbolos tiene una función crucial. Al compartir su experiencia mediante metáforas, los pacientes logran dar un lenguaje a su sufrimiento, lo que les facilita el proceso de comprenderlo, narrarlo y finalmente enfrentarlo. Por ejemplo, un individuo que describe su depresión como “un pozo sin fondo” o su ansiedad como “una tormenta incesante” está proyectando su dolor en términos concretos. Esto no solo les ayuda a clarificar lo que sienten, sino que también brinda al terapeuta una puerta de entrada para trabajar con esos sentimientos de una manera más accesible y manejable.

En el ámbito psicoterapéutico, estas representaciones simbólicas también permiten a los pacientes distanciarse ligeramente de sus emociones más crudas, lo que puede ser una herramienta útil en momentos de intensa vulnerabilidad. Al personificar el sufrimiento como un monstruo o un lugar oscuro, pueden observarlo desde un ángulo externo, lo que abre la posibilidad de analizarlo, cuestionarlo y, en última instancia, controlarlo. En lugar de ser víctimas pasivas de su sufrimiento, los pacientes pueden visualizar cómo desafiar o incluso vencer a estos símbolos a través de la psicoterapia, empoderándose en su propio proceso de sanación.

El proceso de resignificación de estas metáforas en la terapia también es crucial. A medida que el paciente avanza, es posible transformar estos símbolos negativos en imágenes de resiliencia o superación. La oscuridad puede comenzar a percibirse como un espacio de reflexión y autodescubrimiento, mientras que los monstruos pueden convertirse en representaciones de obstáculos superados. Este cambio en la narrativa interna del paciente es vital para su recuperación, ya que permite reconfigurar su relación con el sufrimiento, dejando de verlo como algo impenetrable e incontenible.

En definitiva, la simbología interna del sufrimiento tiene un impacto profundo en el proceso de curación terapéutica. No solo facilita la comprensión y expresión del dolor, sino que también ofrece un camino hacia el empoderamiento y la resignificación personal. A través de este lenguaje simbólico, los pacientes pueden encontrar la claridad y fortaleza necesarias para enfrentarse a sus luchas internas y avanzar hacia la recuperación.

Contacto:

Roberto García Sánchez ✉ extrgarcias@ull.edu.es
Universidad de La Laguna • C. Inocencio García1
38300 La Orotava, Santa Cruz de Tenerife

Referencias bibliográficas

García-Sánchez, R. (2024). *El Yo y el Chat. Una conversación con la Inteligencia Artificial*. Ediciones IDEA, p. 342.

- Recibido: 10/12/2024.
- Aceptado: 30/12/2024.

Uso adyuvante más frecuente de antipsicóticos atípicos fuera de indicación¹.

Most frequent coadjuvant off-label use of atypical antipsychotics.

José Manuel Bertolín-Guillén.

Doctor y Licenciado en Medicina y Cirugía; Médico Especialista en Psiquiatría; Licenciado en Psicología. Investigador Independiente.

Resumen:

Objetivo: Resulta habitual asociar distintos fármacos, incluyendo los antipsicóticos llamados atípicos, en muchos trastornos de ansiedad y depresivos cuando se cronifican o son resistentes. El objetivo de la presente investigación es esclarecer el uso de los antipsicóticos atípicos como coadyuvantes del tratamiento farmacológico de esos y otros trastornos no psicóticos en cualquier edad.

Método: Estudio de revisión crítica narrativa de la literatura científica relacionada internacional, importante, de calidad y más reciente.

Resultados. Para los pacientes no respondedores de distintas psicopatologías-podría ser eficaz el aumento de la efectividad farmacológica con Aripiprazol, Olanzapina, Quetiapina y Risperidona, pero las evidencias que lo apoyan suelen ser de calidad baja o moderada. Los antipsicóticos atípicos, con excepción de Risperidona, han motivado significativamente más interrupciones terapéuticas que el placebo debidas a efectos secundarios. En concreto, los riesgos de aumento de peso, diabetes tipo 2 y otras características del síndrome metabólico ocurren más con Olanzapina y Quetiapina. En niños y adolescentes los atípicos a menudo se prescriben fuera de indicación, y es que sean efectivos ante conductas disruptivas de distinto tipo, con frecuencia tampoco debidas a psicosis.

Principales conclusiones: La mayor parte de los antipsicóticos atípicos puede coadyuvar, aunque fuera de autorización oficial, en el tratamiento de los trastornos de ansiedad. También, con limitado grado de calidad de la evidencia y, por tanto, de las recomendaciones, pueden ser útiles en las depresiones clínicas. Su uso en menores y personas de edad avanzada sigue siendo controvertido al carecer de suficientes evidencias científicas cualificadas.

Palabras clave: Ansiedad; Antipsicótico atípico; Depresión; Trastorno mental; Tratamiento.

Abstract:

Objective: To combine different drugs, including so called atypical antipsychotic drugs, for many anxiety and depressive disorders is habitual when these disorders are resistant or become chronic. The aim of this research is to elucidate the use of atypical antipsychotic drugs as adjuvant to the pharmacologic treatment of the aforementioned disorders and other non-psychotic disorders at any age.

Method: A narrative critical review study of the most current, important and good quality international scientific related literature.

1 Conflicto de intereses y financiación: No existe ningún conflicto de intereses, ni el artículo ha recibido ningún tipo de financiación.

Results: In diverse pathologies, increasing the pharmacological effectiveness with Aripiprazole, Olanzapine, Quetiapine and Risperidone for patients who do not respond to the usual medication might be effective. However, evidence supporting this is usually of low or moderate quality. Atypical antipsychotics, with the exception of Risperidone, have caused significantly more treatment interruptions than placebo due to side effects. In particular, the risks of weight increase, type 2 diabetes, and other characteristics of the metabolic syndrome are more often shown with Olanzapine and Quetiapine. In children and adolescents, atypical antipsychotics are often prescribed off-label and are likely to be effective facing disruptive behaviours of different type and which often are not due to psychosis.

Main Conclusions: The majority of atypical antipsychotics can contribute to the treatment of anxiety disorders, although off-label used or without official authorisation. They can also be useful in clinical depressions, with limited quality degree of evidence and, therefore, of recommendations. Their use in minors and elderly people is still controversial due to the lack of sufficient qualified scientific evidence.

Keywords: Anxiety; Atypical antipsychotic; Depression; Mental disorder; Treatment.

Introducción

Los trastornos de ansiedad y los del estado de ánimo suelen estar infradiagnosticados correctamente y ser tratados de modo insatisfactorio o insuficiente. A nivel popular con frecuencia sucede lo contrario, con pretendidas y coloquiales etiquetas diagnósticas ante el afrontamiento de numerosos eventos comunes negativos, y también suelen proponerse cantidad de intervenciones pseudoterapéuticas *ad hoc*. Por su parte, cuando esos trastornos de ansiedad y anímicos sean reales a menudo serán asimismo comórbidos con otras afecciones morbosas y específicamente psicopatológicas que los pueden solapar. La interacción mente-cuerpo es inevitable, por lo que es habitual que la ansiedad y el estado anímico se manifiesten somáticamente, lo que puede provocar innecesarias sobremedicaciones y otro tipo de intervenciones poco adecuadas.

Desde la perspectiva farmacológica, para el tratamiento de los trastornos mentales, del comportamiento o del neurodesarrollo que no sean psicóticos suelen usarse como complementarios, coadyuvantes o potenciadores de los antidepresivos habituales, además de los antipsicóticos llamados "atípicos", los siguientes: 1- Medicamentos anticonvulsivos. 2- Benzodiacepinas. 3- Alucinógenos psicoanalépticos como Esketamina, aprobada por la Agencia Europea de Medicamentos (*European Medicines Agency*, EMA) y la Administración de Alimentos y Medicamentos (*Food and Drug Administration*, FDA). 4- Antagonistas del receptor de glutamato "ácido N-metil-D-aspartico" como Dextrometorfano, eficaz antidepresivo de acción rápida combinado con Bupropión. 5- Moduladores del ácido gamma-aminobutírico (GABA) como Gabapentina y Pregabalina. Y 6- Neuroesteroides como Brexanolona y Zuranolona, que son moduladores alostéricos positivos de los receptores GABA-A, aún no aprobados ni comercializados en España (Unión Europea, UE) (1,2). Desde enfoques terapéuticos no farmacológicos, es común asociar psicoterapias de variadas escuelas (3-5), y también diversas intervenciones psicológicas por personal no especializado.

Los antipsicóticos atípicos fueron introducidos en EE. UU. (*United States of America*) en 1990, cuando se aprobó Clozapina. En general su uso en España y países occidentales es frecuente y está aumentando. En Dinamarca (UE), según el Registro Nacional Danés de Prescripción (*Danish National Prescription Register*) de 1997 a 2018 el 39% de los pacientes de todo el Estado que eran tratados con fármacos antipsicóticos no tenía un diagnóstico relevante para ese tratamiento: el 7,9% sufría depresión mayor según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, DSM-5), de la Asociación Americana de Psiquiatría (*American Psychiatric Association*); el 7,7% trastornos neuróticos o relacionados con el estrés; y el 7,5% demencias (6). El

fumarato de Quetiapina fue el antipsicótico más utilizado. Los trastornos depresivos, muy en particular, reciben habitualmente estrategias terapéuticas de aumento o combinación de psicofármacos (7), al igual que sucede en los trastornos de ansiedad, aunque con resultados dispares.

Con la presente aportación se pretende exclusivamente esclarecer el estado actual del tratamiento adyuvante fuera de indicación (*off-label*) con antipsicóticos atípicos (Tabla I). En España ha de respetarse siempre el Real Decreto 1015/2009, de 19 de junio, por el que se reguló la disponibilidad de medicamentos en situaciones especiales (8)². Se abordará en esta contribución la adición terapéutica de antipsicóticos atípicos en ciertos trastornos del estado de ánimo, así como en los trastornos ansiedad o relacionados con el miedo, los trastornos específicamente asociados con el estrés y también, secundariamente, cuando se considere por la comunidad científica que tales combinaciones medicamentosas pueden ayudar a tratar circunstancialmente otros diferentes síndromes mentales, del comportamiento o del neurodesarrollo.

Material y método

Se trata de una investigación práctica bajo la forma de revisión crítica, exploratoria, narrativa e interpretativa de la literatura científica internacional importante, de calidad y más reciente. Se ha pretendido utilizar con rigor la metodología adaptada a los objetivos planteados en la introducción y considerada más conveniente. Los estudios escrutados incorporados constituyen orientaciones adecuadas para la revisión actual, basada en el respaldo clínico, experiencia y consenso sobre seguridad y tolerabilidad. La limitación más importante de la presente contribución es la baja calidad metodológica de la mayoría de las fuentes consultadas por lo que, en conjunto, resulta igualmente bajo el grado de evidencia de las recomendaciones.

Se abordará prioritariamente el empleo de antipsicóticos atípicos en las patologías diagnosticadas con arreglo a la taxonomía actual de los Trastornos Mentales, del Comportamiento o del Neurodesarrollo (*Mental, Behavioural or Neurodevelopmental Disorders*) de las Estadísticas de Mortalidad y Morbilidad (*for Mortality and Morbidity Statistics*), version: 01/2024 (CIE-11 o ICD-11 por sus siglas en inglés). También se hará referencia al DSM-5-TR. Se insistirá en especial en los trastornos del estado de ánimo y en los relacionados con la ansiedad o el miedo. La CIE-11 se centra en la utilidad clínica y se basa más en guías para el diagnóstico, en vez de en criterios como la precedente CIE-10 y sustancialmente intenta ser compatible con el DSM-5 (9). Para esta aportación se han convertido a formato CIE-11 los diagnósticos CIE-10 y DSM-5, lo que generalmente ha sido posible. En algún estudio comparativo la precisión diagnóstica es equivalente o superior en la CIE-11 a la anterior CIE-10 (10). Editada por la Organización Mundial de la Salud (*World Health Organization*, WHO u OMS), la CIE-11 es un recurso abierto y gratuito de salud pública de primera línea, global, multidisciplinario y multilingüe.

Se han revisado de forma no sistemática las bases de datos: 1. PUBMED, *US National Library of Medicine, National Institute of Health*; 2. *Scientific Literature* (SCILIT Indexing); 3. *American Psychological Association* (PSYCINFO JOURNAL); y 4. ÍndICES CSIC, del Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades de España. Para la búsqueda en PubMed se han empleado en cualquier campo los descriptores: *Atypical antipsychotic*, combinado con: *Bipolar disorder* (n= 1.605), *Depressive disorder* (n= 928), *Anxiety disorder* (n= 700), *Disruptive disorder* (n= 286), y *Stress-related disorder* (n= 17). Los mismos descriptores en solo los títulos han obtenido, únicamente para las dos primeras dualidades, n= 19 y n= 12. Finalmente, se han añadido las aportaciones más notables obtenidas de fuentes biomédicas y psicológicas secundarias. El periodo abarcado en la búsqueda electrónica y manual de artículos y otras

2 <https://www.boe.es/boe/dias/2009/07/20/pdfs/BOE-A-2009-12002.pdf>. También hay que considerar el anterior Reglamento n.º 726/2004 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 31 de marzo de 2004, por el que se establecieron los procedimientos comunitarios para la autorización y control de los medicamentos de uso humano y veterinario, y por el que se creó la Agencia Europea de Medicamentos.

fuentes es de aproximadamente dieciséis años, desde 2008 hasta enero de 2024. Para ser operativos se han priorizado las aportaciones menos antiguas, considerando su relevancia actual y evitando similitudes, duplicidades y ambigüedades. El total de referencias seleccionadas incluidas es $n= 80$.

En la Tabla II se señala en tres columnas: a) Los ensayos clínicos, meta-análisis y revisiones sistemáticas que evalúan la eficacia y tolerabilidad de los antipsicóticos atípicos en los trastornos de ansiedad y depresivos ($n= 17$), que son los más predominantes; b) Las generalmente imprecisas recomendaciones de algunas importantes pautas y guías clínicas ($n= 7$); y c) Las investigaciones poblacionales, usualmente por muestreo no probabilístico y no aleatorio, de los antipsicóticos atípicos en los trastornos de ansiedad y depresivos ($n= 16$). El resto ($n= 40$) incluye algunas revisiones narrativas. El conjunto de estudios publicados dista de representar evidencias concluyentes para formular indicaciones formales, pues la mayoría de los resultados y análisis no están basados en ensayos controlados aleatorizados de grupos paralelos, lo que justifica la presente contribución aclaratoria.

Resultados

Antipsicóticos atípicos, coadyuvantes off-label en los trastornos de ansiedad

Las benzodiazepinas han sido empleadas históricamente para el tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada (TAG). Ahora bien, más allá de unas semanas de duración (entre dos y ocho), es decir, a medio y largo plazo, son probables y pueden ser importantes sus efectos secundarios, así como la tolerancia, dependencia y potencial interferencia sobre la cognición. Por otro lado, en la actualidad la evidencia es limitada para respaldar el manejo farmacológico adicional con antipsicóticos de pacientes con TAG que no han respondido al tratamiento inicial, lo que es relativamente frecuente (11). A falta de consenso adecuado, el TAG suele considerarse refractario o resistente cuando no haya respuesta al menos a un ensayo de terapia antidepresiva a dosis y duración convenientes. Usualmente despierta marcado interés investigador el potencial favorable de otros varios compuestos diferentes para usarlos en el TAG, incluidos ciertos psicodélicos (como Psilocibina y LSD), el neuropéptido Oxitocina, y agentes que modulan los sistemas de Orexina (llamada Hipocretina) y de los sistemas endocannabinoide e inmunológico (12).

Para los trastornos de ansiedad en adultos, además de la primera línea de tratamiento que está formada por los eficaces antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) y de la serotonina y norepinefrina (IRSN), Quetiapina es el antipsicótico de segunda generación prescrito con más frecuencia (13). En España se usa Quetiapina en esos trastornos sin la aprobación o autorización expresa de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. También está fuera de indicación su empleo para tratar el insomnio (14), aunque Quetiapina produce sedación, lo que mejora el sueño. Está claro, en todo caso, que hay reducciones significativas de la ansiedad cuando los antipsicóticos atípicos se usan sin indicación oficial en estos trastornos como terapia adyuvante o incluso en monoterapia (15).

Específicamente, se ha ensayado en el TAG el tratamiento con los antipsicóticos de segunda generación o antagonistas de serotonina-dopamina, también llamados atípicos (si bien hay cada vez más antipsicóticos atípicos con otros mecanismos de acción) por su afinidad y actividad específicas en los receptores, como alternativa medicamentosa prometedora frente a la gran diversidad de fármacos usados en el tratamiento de esta patología (16). El TAG suele ser muy prevalente, crónico y resistente. Naturalmente, deberá controlarse la posibilidad de que con los antipsicóticos atípicos se desarrolle eventualmente como potencial efecto adverso añadido un síndrome metabólico con hiperglucemia, resistencia a la insulina y dislipidemia.

Son antipsicóticos atípicos, entre otros: el bencisoxazol Risperidona; la diclofenilpiperazina Aripiprazol; los derivados dibenzodiazepínicos Quetiapina y Clozapina; la benzotiazolilpiperazina

Ziprasidona; el derivado de la tienobenzodiazepina Olanzapina; el metabolito activo de la risperidona (9-hidroxi-risperidona) Paliperidona; la benzamida Amisulprida; además de, entre otros, los más recientes hidrocloruro de Lurasidona y Cariprazina (derivado este último del compuesto orgánico Piperazina, agonista parcial de los receptores dopaminérgicos D2 y D3 y de los receptores de serotonina 5HT1A). Lurasidona presenta también agonismo parcial con los receptores 5HT-1A, lo que se ha relacionado con mejoría en la ansiedad y el estado de ánimo (17). El fuerte antagonismo de los receptores 5HT-7 de Lurasidona se asocia asimismo con la regulación del estado de ánimo y sus efectos procognitivos (18).

Los cinco primeros fármacos del párrafo anterior, sin contar Clozapina, que fue el antipsicótico pionero de segunda generación, son los más usados por su eficacia en el TAG, habitualmente a dosis inferiores a las utilizadas para las psicosis. Clozapina se excluye por el riesgo de inducir agranulocitosis. Hay comercializados varios antipsicóticos atípicos más, como el fenilindol Sertindol, y el de estructura dibenzo-oxepina-pirrol Asenapina, así como otros que no han sido autorizados en España como la butiroferona Lumateperona.

Aunque no se conoce bien cómo actúan y por qué son eficaces los antipsicóticos atípicos en el TAG y otros trastornos de ansiedad, se pueden consultar las recomendaciones de la Federación Mundial de Sociedades de Psiquiatría Biológica (*World Federation of Societies of Biological Psychiatry*) de 2008, y de la Asociación Británica de Psicofarmacología (*British Association for Psychopharmacology*) de 2014 (19-22). En una importante revisión de 2010 de la organización británica internacional *Cochrane* sobre ensayos aleatorizados controlados, la monoterapia con Quetiapina pareció ser eficaz para reducir los síntomas del TAG y, según sus autores, la efectividad podría ser similar a la lograda con antidepresivos (23). En efecto, en el tratamiento de un año de duración de pacientes con TAG relativamente puro o no asociado con otros trastornos mentales, Quetiapina de liberación prolongada ya había sido mejor que el placebo en la prevención de recaídas. Los efectos ansiolíticos de 150 mg/día fueron superiores al placebo y tan efectivos como los antidepresivos Paroxetina 20 mg/día y Escitalopram 10 mg/día, además de tener un inicio de acción más temprano (20).

De forma a veces contradictoria, unos autores defienden el papel potencial de los antipsicóticos atípicos en el tratamiento del trastorno de pánico (24), mientras que otros han observado falta general de eficacia sobre sus síntomas (25). Como síntesis de dicha controversia, parece que algunos atípicos, igual que ciertos anticonvulsivos, podrían tener una acción favorable en el tratamiento de una proporción indeterminada de pacientes con trastorno de pánico (26). Por lo que respecta al actual trastorno de ansiedad social de la CIE-11, antes fobia social en la CIE-10, aunque parece probada la eficacia relativa de los antipsicóticos atípicos, no está claro cuál es la mejor manera de incorporarlos en las prescripciones terapéuticas (27). Esto sucede porque hay muy pocos ensayos clínicos acerca del uso combinado de tales psicofármacos, dado que, en general, en los trastornos de ansiedad social la psicoterapia asociada a ISRS como Sertralina es de eficacia reconocida y no suele requerirse fármacos adicionales como los antipsicóticos atípicos (28).

Antipsicóticos atípicos, coadyuvantes off-label en ciertos trastornos del estado de ánimo

El trastorno depresivo mayor, o simplemente trastorno depresivo según la CIE-11, es muy prevalente y una de las principales causas de discapacidad. Aproximadamente un tercio de los pacientes con trastornos depresivos no logra la remisión a pesar del tratamiento con múltiples antidepresivos solos o en combinación, por lo que son considerados resistentes (29). En EE. UU. y la UE es frecuente el uso de algún antipsicótico como coadyuvante en el tratamiento de las depresiones clínicas. Se suelen prescribir a adultos que no responden a los fármacos antidepresivos usuales (30) y que han experimentado múltiples fracasos terapéuticos previos. No obstante, las evidencias que apoyan dicha combinación por lo general son de calidad baja o moderada debido a la forma imprecisa de estimar sus efectos (31).

La EMA y la FDA han aprobado Lurasidona para la depresión bipolar, Brexpiprazol (también denominado Brexipiprazol) como refuerzo en el trastorno depresivo mayor y Cariprazina para el tratamiento agudo de episodios maníacos o mixtos asociados con el trastorno bipolar I (32,33). Con el antipsicótico atípico Brexpiprazol, de perfil farmacodinámico y farmacocinético similar a Lurasidona y Cariprazina, su eficacia antidepressiva podría estar mediada por la combinación de la actividad agonista parcial en los autorreceptores 5-HT_{1A} y los receptores D₂ (y quizá también por su agonismo parcial de los D₃), así como por su actividad antagonista de 5-HT_{2A} (34).

Los antipsicóticos atípicos de segunda generación parecen efectivos en el trastorno depresivo, mientras que lo son claramente en los síntomas negativos y cognitivos de las esquizofrenias (35). Lurasidona, Cariprazina y Lumateperona ejercen efecto antidepressivo significativo sobre la depresión bipolar, y hay evidencia de la eficacia de Aripiprazol y Lurasidona en la prevención de la recurrencia del trastorno bipolar (36,37). Lurasidona ha sido superior al placebo en la reducción de la ansiedad psíquica y somática en el tratamiento a corto plazo de la depresión bipolar (38). En realidad, Lurasidona, Brexpiprazol, Cariprazina y otros más podrían considerarse mejor como de tercera generación.

El aumento de la efectividad de la terapia antidepressiva con antipsicóticos atípicos parece mostrar un tamaño del efecto superior en los pacientes que han sido más resistentes al tratamiento con antidepressivos en exclusiva (39,40). Hay cierto bloqueo serotoninérgico sugerido como mecanismo de acción explicativo en este ámbito para los atípicos. Según la Encuesta Nacional de Atención Médica Ambulatoria (*National Ambulatory Medical Care Survey*)³ de EE. UU., entre 2006 y 2015 se recetaban antipsicóticos en una quinta parte aproximadamente de los adultos con depresión que acudían a los servicios sanitarios de asistencia ambulatoria.

En Canadá, según la Red Canadiense para Tratamientos del Estado de Ánimo y Ansiedad (*Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments*)⁴, las opciones actuales de primera línea de antipsicóticos atípicos para la depresión en el trastorno bipolar de tipo I incluyen: Quetiapina; Lurasidona (más Litio o Valproato Sódico); Litio; Lamotrigina; y Lurasidona o Lamotrigina como complementarios (41). En la depresión resistente Quetiapina podría ser útil en los pacientes que no han obtenido beneficios con el agregado de Litio (42,43). Pero, de modo general, si se valora la efectividad por el número de casos que es necesario tratar, adicionar Litio (considerado el *gold standard* en el trastorno bipolar) al tratamiento del trastorno depresivo, igual que adicionar Esketamina, podría ser incluso más eficaz que adicionar antipsicóticos atípicos (44). Dicho esto, se ha sugerido que la mayoría de pacientes que autoconsideran su trastorno bipolar como resistente al tratamiento podrían no sufrirlo en realidad (45).

En EE. UU., los únicos antipsicóticos de segunda generación aprobados por la FDA para el tratamiento a corto plazo de episodios depresivos agudos en el trastorno bipolar, incluyen: Cariprazina, Lurasidona, Olanzapina (más Fluoxetina) y Quetiapina. De ellos, solo Quetiapina ha superado al placebo de manera consistente en varios ensayos clínicos (46). Sin embargo, otros autores han hallado mayor efectividad de Aripiprazol, Olanzapina (más Fluoxetina), Risperidona y Ziprasidona, comparados con Quetiapina o Cariprazina (44). Aripiprazol, considerado un estabilizador del sistema dopamina-serotonina y que fue el primer antipsicótico de tercera generación, así como Ziprasidona, parecen ineficaces a corto plazo para el tratamiento de la depresión bipolar en adultos (47). Con respecto al uso de Cariprazina como adyuvante en respondedores inadecuados, se ha observado ausencia de mejoría significativa tras su adición (48). Otros autores, en cambio, afirman que Cariprazina 1,5 mg/día redujo significativamente los síntomas depresivos en adultos con depresión bipolar de tipo I en comparación con placebo, y que las diferencias no eran significativas con 3,0 mg/día (49).

A los antipsicóticos atípicos citados hasta aquí se les podría añadir con las debidas reservas el reciente y también atípico Pimavanserin, considerado igualmente de tercera generación, que es un agonista

3 <https://www.census.gov/programs-surveys/namcs.html>

4 <https://www.canmat.org/#:~:text=Mood%20and%20Anxiety%20Treatments,-Learn%20More&text=The%20Canadian%20Network%20for%20Mood,with%20mood%20and%20anxiety%20disorders>

inverso de la serotonina y antagonista del receptor serotoninérgico 5-HT_{2A}. Pimavanserin se usa generalmente en el tratamiento de la psicosis en la enfermedad de Parkinson y en la enfermedad de Alzheimer. De hecho, fue el primer medicamento aprobado por la FDA para el tratamiento de esa psicosis y podría tener potencial efectividad como adyuvante para el trastorno depresivo (50), al menos en la depresión que se asocia con frecuencia a la enfermedad de Parkinson (51).

Del conjunto de la vasta y heterogénea información científica disponible, que es de calidad variable, se infiere que en el tratamiento farmacológico de la depresión clínica los antipsicóticos atípicos a dosis estándar podrían ser más eficaces significativamente que el placebo. Todos los atípicos han mostrado asimismo cierta eficacia en reducir la sintomatología depresiva como tratamiento coadyuvante en la depresión resistente. Risperidona y Aripiprazol fueron también beneficiosos para mejorar específicamente la calidad de vida de esos pacientes. En particular, Aripiprazol añadido al tratamiento habitual puede ser una intervención eficaz y conveniente para los pacientes cuyos síntomas depresivos no solo no mejoran, sino que empeoran durante la monoterapia con antidepresivos (52).

No obstante, los antipsicóticos atípicos, con excepción de Risperidona, han generado de manera significativa más interrupciones del tratamiento que el placebo debidas a efectos secundarios (53). Los antipsicóticos considerados típicos, los tradicionales neurolépticos, no suelen usarse en pacientes deprimidos por problemas evidentes de seguridad y tolerabilidad. La butirofenona Trifluoperazina está indicada como adyuvante a corto plazo en la ansiedad no psicótica. Por otro lado, en concreto los efectos de Aripiprazol sobre la corteza cingulada anterior podrían mediar en el tratamiento adicional exitoso de la dependencia del alcohol cuando ocurre en pacientes con trastornos depresivos (36).

Para reducir en parte la sobreutilización de los servicios psiquiátricos de los pacientes con depresiones clínicas se ha propuesto que podría ser eficaz el tratamiento de aumento de efectividad de los antidepresivos habituales con los antipsicóticos Olanzapina, Aripiprazol, Quetiapina y Risperidona, principalmente (54). En efecto, muchos pacientes sufren síntomas residuales sin lograr la remisión completa. Algunos hallazgos preliminares parecen avalar la efectividad de aumento específicamente con Aripiprazol para mejorar los síntomas en pacientes con depresión parcialmente remitida (42,55), en contraste con lo referido antes en este mismo subapartado para los episodios depresivos bipolares (47,52). En los episodios de características mixtas Aripiprazol parece proporcionar efectividad y tolerabilidad adecuadas.

Antipsicóticos atípicos, coadyuvantes off-label en personas menores y de la tercera edad

La introducción de los medicamentos antipsicóticos de segunda generación ha conducido en muchos países a marcado aumento de su prescripción para niños y jóvenes, incluyendo los usos no autorizados en las fichas técnicas respecto a la edad e indicación (56,57). La FDA ha aprobado en la actualidad en EE. UU. el empleo de seis antipsicóticos de segunda generación en la población pediátrica: Risperidona, Aripiprazol, Asenapina, Olanzapina, Quetiapina y Paliperidona. Risperidona, uno de los más utilizados en menores de edad, reduce eficazmente la irritabilidad, agresividad, autolesiones, rabietas, agitación, así como los cambios de humor cuando hay autismo (58). Según algunas evidencias, a corto plazo Risperidona puede reducir la agresividad y los problemas de conducta en niños y jóvenes con trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta del DSM-5 (59,60), parte del grupo de los trastornos del comportamiento disruptivo y disocial de la CIE-11.

La prescripción de antipsicóticos en pacientes diagnosticados del trastorno del neurodesarrollo denominado por hiperactividad con déficit de la atención (TDAH, abreviado en español) parece asociarse con comorbilidad elevada de otras patologías mentales (61). Aproximadamente solo la mitad de los jóvenes con dicho diagnóstico puede tener una indicación respaldada en evidencias para añadir un antipsicótico (62). Este diagnóstico estaba codificado en la CIE-10 dentro de los trastornos

hipercinéticos. La información de calidad publicada sobre el uso en menores de antipsicóticos atípicos en otros diagnósticos formales no psicóticos distintos del TDAH es extremadamente inusual, salvo para los trastornos bipolares.

Siguiendo con el TDAH por su importante prevalencia, las pautas del Instituto Nacional para la Calidad de la Sanidad y de la Asistencia (*National Institute for Health and Care Excellence*) (63,64) establecen que el diagnóstico solo debe realizarlo un psiquiatra, un pediatra u otro profesional de la salud debidamente cualificado con capacitación y experiencia en esta patología. La realidad en nuestro país y en otros, sin embargo, es que en medicina los facultativos de otras especialidades distintas de la psiquiatría, neurología y pediatría suelen diagnosticar también TDAH, por lo que la fiabilidad diagnóstica a menudo será dudosa. La prescripción no autorizada o fuera de ficha técnica de psicofármacos, fundamentalmente antipsicóticos, aunque también afecta a las benzodiacepinas y otros psicotrópicos, es una práctica común por parte de muchos médicos no psiquiatras que tratan en hospitales generales a pacientes con enfermedades más somáticas (14,65).

En la UE se ha constatado aumento constante del uso de antipsicóticos atípicos, esencialmente en Países Bajos y Dinamarca, siendo mucho menor en Alemania e Italia. En conjunto su uso es inferior en comparación con lo reportado en EE. UU. para los mismos grupos etarios (66). Lurasidona es el único antipsicótico atípico que cuenta con la indicación expresa en la UE para ser empleado entre los 13 y 17 años de edad, pero tan solo para los trastornos esquizofrénicos (17). En EE. UU. este fármaco tiene también aprobación para la depresión bipolar en pacientes entre 10 y 17 años.

De cualquier forma, es preciso conocer que el uso de antipsicóticos en niños y jóvenes sin psicosis se asocia con mayor riesgo de muerte inesperada, lo que apoya de manera importante la conveniencia de su óptima prescripción especializada y seguimiento cuidadoso (67). Al menos en niños y adolescentes, por lo general no se monitorizan adecuadamente los riesgos del uso no autorizado de antipsicóticos (68-70). Es necesario, igualmente, tener en cuenta la previsible mutabilidad de la farmacocinética por metabolismo inmaduro en esas edades. Ha de revisarse detalladamente en cada caso la efectividad, seguridad y tolerabilidad de los tratamientos concomitantes complejos (71). La presencia de efectos secundarios en población pediátrica se comienza a observar ya desde el inicio de la toma de antipsicóticos. Para los niños, las prescripciones no autorizadas se han estimado entre el 36 y el 93,2% de todas las recetas de antipsicóticos. En la población infantil se utilizan principalmente Risperidona y Aripiprazol, y se pautan con mayor frecuencia para el TDAH, síntomas de ansiedad y trastornos del estado de ánimo. En particular, Aripiprazol ha demostrado eficacia en el trastorno bipolar y los trastornos del comportamiento infantiles asociados al trastorno autista del neurodesarrollo y a la discapacidad intelectual (72).

Los ensayos controlados aleatorizados respaldan la eficacia antidepresiva de los antipsicóticos de segunda generación como línea segunda de intervención farmacológica en población pediátrica (73). Ahora bien, en personas de edad avanzada su consumo irregular puede implicar un riesgo sustancial, como ya se ha insistido aquí repetidamente. Por otra parte, hay que reconocer que los efectos adversos de los antipsicóticos en los trastornos mentales orgánicos neurocognitivos como la demencia son bastante complejos (74,75). La mortalidad por todas las causas es mayor en los pacientes ancianos con demencia, más si están deprimidos y tratados con antipsicóticos atípicos (76,77) y, sobre todo, si además están ingresados en instituciones residenciales (78).

Para los antipsicóticos atípicos, al margen de Clozapina que es de uso muy restringido y controlado, será preciso vigilar convenientemente los posibles efectos indeseables que, de modo bastante genérico, resultan mayores en ancianos. Los principales son: hiperglucemia, principalmente para Olanzapina y Quetiapina; hipotiroidismo con Quetiapina; hipercolesterolemia con Olanzapina y Quetiapina; incremento ponderal con Olanzapina, Quetiapina, Risperidona y Ziprasidona; hipotensión ortostática por bloqueo α_1 de Quetiapina, Ziprasidona, Risperidona y Olanzapina; arritmias por prolongación del intervalo QT de Ziprasidona y Risperidona; efectos anticolinérgicos de Olanzapina; efectos extrapiramidales como distonía y discinesia tardía con Risperidona; y cambios en las enzimas hepáticas GOT y GPT para Olanzapina.

En población adulta general, además de Ziprasidona y Risperidona, prácticamente todos los atípicos pueden producir taquicardias, miocarditis o cardiomiopatías (79), al igual que los antipsicóticos de primera generación, más otros efectos indeseables que les son propios. Por ello se ha sugerido realizar habitualmente a todos los pacientes concernidos un electrocardiograma anual. Para resumir, en particular los riesgos de aumento de peso (80), diabetes tipo 2 y otras características del síndrome metabólico (hiperlipidemia, hipertensión) se dan particularmente con Olanzapina y Quetiapina, y a veces ocurren rápidamente (46). En EE. UU. el empleo de antipsicóticos y polifarmacia psicotrópica ha aumentado apreciablemente durante las últimas dos décadas, y está aumentando asimismo en la UE. Por otro lado, el máximo consumo de antipsicóticos en ancianos se da en quienes sufren trastornos neurocognitivos.

Discusión y conclusiones

Resulta común asociar antipsicóticos atípicos en el tratamiento de los trastornos de ansiedad y depresivos, lo que dista de estar formalmente indicado. La presente aportación ha pretendido contribuir a aclarar la cuestión para poder efectuar mejores, aunque necesariamente informales, recomendaciones prácticas. La mayor parte de los antipsicóticos atípicos puede coadyuvar adecuadamente fuera de autorización en esos y otros trastornos no psicóticos, pero el grado de calidad de las evidencias para determinar su eficacia es limitado, por lo que también lo son las recomendaciones. Su uso en menores, adultos y personas de edad avanzada sigue siendo controvertido, también por la carencia de pruebas científicas adecuadas y suficientes. Los ensayos clínicos futuros en estas áreas deberán considerar cuidadosamente su diseño. Al analizar los trastornos mentales, del comportamiento o del neurodesarrollo se comprueba que en muchos estudios no se han aplicado criterios diagnósticos estandarizados en el momento de realizar las pertinentes asignaciones aleatorias, por lo que deben admitirse con cautela.

En cualquier edad, a medio y largo plazo la primera línea de tratamiento de los trastornos de ansiedad está formada por los eficaces antidepresivos ISRS y IRSN. En la presente revisión se constata que Quetiapina, a menudo a dosis de 150 mg/día, es usado con más frecuencia en adultos con esos trastornos cuando son refractarios o resistentes. Para el tratamiento coadyuvante de las depresiones clínicas, el empleo de antipsicóticos atípicos suele explicarse hipotéticamente porque, de modo general, provocan cierto bloqueo serotoninérgico favorecedor y parecen ser significativamente más eficaces que el placebo. Sin embargo, por lo común, todos, a excepción de Risperidona, han ocasionado más interrupciones del tratamiento debidas a efectos secundarios.

También se usan con frecuencia creciente los antipsicóticos atípicos en niños y adolescentes para el tratamiento de diversos trastornos, incluyendo específicamente los del neurodesarrollo. Ahora bien, al menos en esta población, habitualmente no se monitorizan adecuadamente los riesgos del uso no autorizado de antipsicóticos, que está asociado con mayor peligro de muerte inesperada. En los menores, por lo general, los efectos secundarios de cualquier antipsicótico comienzan a observarse tempranamente.

Por lo que respecta a los ancianos, es un hecho que la mortalidad por cualquier causa es mayor en los que sufren trastornos demenciales, más si están clínicamente deprimidos y tratados con antipsicóticos atípicos, y en particular si además viven en centros residenciales. Precisamente, el mayor consumo prescrito de antipsicóticos en ancianos ocurre en quienes sufren cualquier demencia. De modo bastante general habrá que considerar para cada paciente, sea o no senil, los riesgos de aumento de peso, diabetes tipo 2 y de otras características del síndrome metabólico. Ahora bien, ya para finalizar y como conclusión de síntesis, en un número indeterminado de pacientes de cualquier edad no respondedores deberá considerarse el uso especializado, terapéutico *off label* y probablemente favorable, de los antipsicóticos atípicos como adyuvantes de los antidepresivos correctamente empleados y de otros medicamentos en algunos trastornos mentales, del comportamiento o del neurodesarrollo, y particularmente en los de ansiedad y del estado de ánimo, que son los más prevalentes.

Contacto: José Manuel Bertolín-Guillén ✉ jmbertolin@comv.es
<https://orcid.org/0000-0001-8934-8051>

Bibliografía

1. Balan I, Patterson R, Boero G, Krohn H, O'Buckley TK, Meltzer-Brody S., et al. Brexanolone therapeutics in post-partum depression involves inhibition of systemic inflammatory pathways. *EBioMedicine*. 2023; 89:104473. doi: 10.1016/j.ebiom.2023.104473
2. Shad MU. Recent developments in pharmacotherapy of depression: Bench to bedside. *J Pers Med*. 2023;13(5):773. doi:10.3390/jpm13050773
3. Ijaz S, Davies P, Williams CJ, Kessler D, Lewis G, Wiles N. Psychological therapies for treatment-resistant depression in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018; 5(5):CD010558. doi: 10.1002/14651858.CD010558.pub2
4. Bertolín-Guillén JM. Psychotherapies in current clinical psychology and psychiatry in Spain. *Span J Psychiatry Ment Health*. 2020; S1888-9891(20)30023-9. doi: 10.1016/j.rpsm.2020.01.004
5. Bertolín-Guillén JM. Current state of psychopharmacology, psychotherapies and other interventions in mental health problems and disorders. *Eur J Appl Sci*. 2021; 9(5):251–61. doi: 10.14738/aivp.95.10994
6. Højlund M, Andersen JH, Andersen K, Correll CU, Hallas J. Use of antipsychotics in Denmark 1997-2018: A nation-wide drug utilisation study with focus on off-label use and associated diagnoses. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2021; 30: e28. doi: 10.1017/S2045796021000159
7. Dold M, Bartova L, Mendlewicz J, Souery D, Serretti A, Porcelli S, et al. Clinical correlates of augmentation/combination treatment strategies in major depressive disorder. *Acta Psychiatr Scand*. 2018; 137(5):401–12. doi: 10.1111/acps.12870
8. Medrano J, Pacheco L, Zardoya MJ. Uso no autorizado de psicofármacos. El nuevo Real Decreto 1015/2009. *Norte Salud Ment*. 2009; 35:79–88. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4830264>
9. First MB, Gaebel W, Maj M, Stein DJ, Kogan CS, Saunders JB, et al. An organization- and category-level comparison of diagnostic requirements for mental disorders in ICD-11 and DSM-5. *World Psychiatry*. 2021; 20(1):34–51. doi: 10.1002/wps.20825
10. Rebello TJ, Keeley JW, Kogan CS, Sharan P, Matsumoto C, Kuligyna M, et al. Anxiety and fear-related disorders in the ICD-11: Results from a global case-controlled field study. *Arch Med Res*. 2019; 50(8):490–501. doi: 10.1016/j.arcmed.2019.12.012
11. Ansara ED. Management of treatment-resistant generalized anxiety disorder. *Ment Health Clin*. 2020; 10(6):326–34. doi: 10.9740/mhc.2020.11.326
12. Fagan HA, Baldwin DS. Pharmacological treatment of generalised anxiety disorder: Current practice and future directions. *Expert Rev Neurother*. 2023; 23(6):535–48. doi: 10.1080/14737175.2023.2211767
13. Garakani A, Buono FD, Salehi M, Funaro MC, Klimowicz A, Sharma H, et al. Antipsychotic agents in anxiety disorders: An umbrella review. *Acta Psychiatr Scand*. 2024; 149(4):295–312. doi: 10.1111/acps.13669
14. Carton L, Cottencin O, Lapeyre-Mestre M, Geoffroy PA, Favre J, Simon N, et al. Off-label prescribing of antipsychotics in adults, children and elderly individuals: A systematic review of recent prescription trends. *Curr Pharm Des*. 2015; 21(23):3280–97. doi: 10.2174/1381612821666150619092903
15. Hershenberg R, Gros DF, Brawman-Mintzer O. Role of atypical antipsychotics in the treatment of generalized anxiety disorder. *CNS Drugs*. 2014; 28(6):519–33. doi: 10.1007/s40263-014-0162-6

16. Vulink NCC, Figuea M, Denysa D. Revisión de los antipsicóticos atípicos en la ansiedad. *Psiquiatr Biol.* 2012; 19(51):21–41. doi: 10.1016/j.psiq.2012.10.002
17. Pardo-Corral M. Lurasidona, estrenando antipsicótico en adolescentes. *Actual Farmacol Terap.* 2021; 19(1):45–7. Disponible en: <http://www.ifth.es/wp-content/uploads/2021/04/AFTV19N1-WEB.pdf>
18. Tarzian M, Soudan M, Alhajji M, Ndriro M, Fakoya AO. Lurasidone for treating schizophrenia and bipolar depression: A review of its efficacy. *Cureus.* 2023; 15(4):e38071. doi: 10.7759/cureus.38071
19. Bandelow B, Allgulander C, Baldwin DS, Costa DLDC, Denys D, Dilbaz N, et al. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for treatment of anxiety, obsessive-compulsive and posttraumatic stress disorders - Version 3. Part I: Anxiety disorders. *World J Biol Psychiatry.* 2023; 24(2):79–117. doi: 10.1080/15622975.2022.2086295
20. Spoorthy MS, Chakrabarti S, Grover S. Comorbidity of bipolar and anxiety disorders: An overview of trends in research. *World J Psychiatry.* 2019; 9(1):7–29. doi: 10.5498/wjp.v9.i1.7
21. Bolea-Alamañac B, Nutt DJ, Adamou M, Asherson P, Bazire S, Coghil, D, et al. Evidence-based guidelines for the pharmacological management of attention deficit hyperactivity disorder: Update on recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *J Psychopharmacol.* 2014; 28(3):179–203. doi: 10.1177/0269881113519509
22. Baldwin DS, Anderson IM, Nutt DJ, Allgulander C, Bandelow B, den-Boer JA, et al. Evidence-based pharmacological treatment of anxiety disorders, post-traumatic stress disorder and obsessive-compulsive disorder: A revision of the 2005 guidelines from the British Association for Psychopharmacology. *J Psychopharmacol.* 2014; 28(5):403–39. doi: 10.1177/0269881114525674
23. Depping A, Komossa K, Kissling W, Leucht S. Second-generation antipsychotics for anxiety disorders. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010; (12):CD008120. doi: 10.1002/14651858.CD008120.pub2
24. Wang HR, Woo YS, Bahk WM. The potential role of atypical antipsychotics in the treatment of panic disorder. *Hum Psychopharmacol.* 2014; 29(5):405–13. doi: 10.1002/hup.2419
25. Perna G, Alessandra A, Raffaele B, Elisa M, Giuseppina D, Paolo C, et al. Is there room for second-generation antipsychotics in the pharmacotherapy of panic disorder? A systematic review based on PRISMA Guidelines. *Int J Mol Sci.* 2016; 17(4):551. doi: 10.3390/ijms17040551
26. Masdrakis VG, Baldwin DS. Anticonvulsant and antipsychotic medications in the pharmacotherapy of panic disorder: A structured review. *Ther Adv Psychopharmacol.* 2021; 11:20451253211002320. doi: 10.1177/20451253211002320
27. Canton J, Scott KM, Glue P. Optimal treatment of social phobia: Systematic review and meta-analysis. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2012; 8:203–15. doi: 10.2147/NDT.S23317
28. Bernik M, Corregiari F, Savoia MG, Barros-Neto TP, Pinheiro C, Neto FL. Concomitant treatment with sertraline and social skills training improves social skills acquisition in social anxiety disorder: A double-blind, randomized controlled trial. *PLoS One.* 2018; 13(10):e0205809. doi: 10.1371/journal.pone.0205809
29. McIntyre RS, Alsuwaidan M, Baune BT, Berk M, Demyttenaere K, Goldberg JF, et al. Treatment-resistant depression: Definition, prevalence, detection, management, and investigational interventions. *World Psychiatry.* 2023; 22(3):394–412. doi: 10.1002/wps.21120
30. Rhee TG, Mohamed S, Rosenheck RA. Antipsychotic prescriptions among adults with major depressive disorder in office-based outpatient settings: National trends from 2006 to 2015. *J Clin Psychiatry.* 2018; 79(2):17m11970. doi: 10.4088/JCP.17m11970
31. Davies P, Ijaz S, Williams CJ, Kessler D, Lewis G, Wiles N. Pharmacological interventions for treatment-resistant depression in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2019; 2(12):CD010557. doi: 10.1002/14651858.CD010557.pub2

32. Corponi F, Fabbri C, Bitter I, Montgomery S, Vieta E, Kasper S, et al. Novel antipsychotics specificity profile: A clinically oriented review of lurasidone, brexpiprazole, cariprazine and lumateperone. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2019; 29(9):971–85. doi: 10.1016/j.euroneuro.2019.06.008
33. Llach CD, Giménez-Palomo A, Vieta E. Uso de cariprazina en el trastorno bipolar: una revisión sistemática y aspectos prácticos. *Psiquiatr Biol.* 2022; 29(3):100378. doi: 10.1016/j.psiq.2022.100378
34. Siwek M, Wojtasik-Bakalarz K, Krupa AJ, Chrobak AA. Brexpiprazole-pharmacologic properties and use in schizophrenia and mood disorders. *Brain Sci.* 2023; 13(3):397. doi: 10.3390/brainsci13030397
35. Orzelska-Górka J, Mikulska J, Wiszniewska A, Biała G. New atypical antipsychotics in the treatment of schizophrenia and depression. *Int J Mol Sci.* 2022; 23(18):10624. doi: 10.3390/ijms231810624
36. Han DH, Kim SM, Choi JE, Min KJ, Renshaw PF. Adjunctive aripiprazole therapy with escitalopram in patients with co-morbid major depressive disorder and alcohol dependence: Clinical and neuroimaging evidence. *J Psychopharmacol.* 2013; 27(3):282–91. doi: 10.1177/0269881112472563
37. Rybakowski JK. Application of antipsychotic drugs in mood disorders. *Brain Sci.* 2023; 13(3):414. doi: 10.3390/brainsci13030414
38. Goldberg JF, Siu C, Tocco M, Pikalov A, Loebel A. The effect of lurasidone on anxiety symptoms in patients with bipolar depression: A post hoc analysis. *J Clin Psychiatry.* 2023; 84(4):22m14732. doi: 10.4088/JCP.22m14732
39. Wang HR, Woo YS, Ahn HS, Ahn IM, Kim HJ, Bahk WM. Can atypical antipsychotic augmentation reduce subsequent treatment failure more effectively among depressed patients with a higher degree of treatment resistance? A meta-analysis of randomized controlled trials. *Inter J Neuropsychopharmacol.* 2015; 18(8):pyv023. doi: 10.1093/ijnp/pyv023
40. Wang SM, Han C, Lee SJ, Jun TY, Patkar AA, Masand PS, et al. Second generation antipsychotics in the treatment of major depressive disorder: An update. *Chonnam Med J.* 2016; 52(3):159–72. doi: 10.4068/cmj.2016.52.3.159 Erratum in: *Chonnam Med J.* 55(1):73.
41. Yatham LN, Kennedy SH, Parikh SV, Schaffer A, Bond DJ, Frey BN, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) 2018 guidelines for the management of patients with bipolar disorder. *Bipolar Disord.* 2018; 20(2):97–170. doi: 10.1111/bdi.12609
42. Han C, Wang SM, Bahk WM, Lee SJ, Patkar AA., Masand PS, et al. The potential utility of aripiprazole augmentation for major depressive disorder with mixed features specifier: A retrospective study. *Clin Psychopharmacol Neurosci.* 2019; 17(4):495–502. doi: 10.9758/cpn.2019.17.4.495
43. Jha MK, Mathew SJ. Pharmacotherapies for treatment-resistant depression: How antipsychotics fit in the rapidly evolving therapeutic landscape. *Am J Psychiatry.* 2023; 180(3):190–9. doi: 10.1176/appi.ajp.20230025
44. Vázquez GH, Bahji A, Undurraga J, Tondo L, Baldessarini RJ. Efficacy and tolerability of combination treatments for major depression: Antidepressants plus second-generation antipsychotics vs. esketamine vs. lithium. *J Psychopharmacol.* 2021; 35(8):890–900. doi: 10.1177/02698811211013579
45. Fujimura T, Taira D, Uchid, Y, Takahashi K, Yamasuji K, Shimizu K, et al. Factors associated with self-perceived treatment-resistance in bipolar disorder. *Medicine (Baltimore).* 2024; 103(1):e36217. doi: 10.1097/MD.00000000000036217
46. Baldessarini RJ, Vázquez GH, Tondo L. Bipolar depression: A major unsolved challenge. *Int J Bipolar Disord.* 2020; 8(1):1. doi: 10.1186/s40345-019-0160-1
47. Kadakia A, Dembek C, Heller V, Singh R, Uyei J, Hagi K, et al. Efficacy and tolerability of atypical antipsychotics for acute bipolar depression: A network meta-analysis. *BMC Psychiatry.* 2021; 21(1):249. doi: 10.1186/s12888-021-03220-3

48. Earley WR, Guo H, Németh G, Harsányi J, Thase ME. Cariprazine augmentation to antidepressant therapy in major depressive disorder: Results of a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Psychopharmacol Bull.* 2018; 48(4):62–80. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6294423/pdf/PB-48-4-62.pdf>
49. Earley WR, Burgess MV, Khan B, Rekedá L, Suppes T, Tohen M, et al. Efficacy and safety of cariprazine in bipolar I depression: A double-blind, placebo-controlled phase 3 study. *Bipolar Disord.* 2020; 22(4):372–84. doi: 10.1111/bdi.12852
50. Soogrim V, Ruberto VL, Murrugh J, Jha MK. Spotlight on pimavanserin tartrate and its therapeutic potential in the treatment of major depressive disorder: The evidence to date. *Drug Des Devel Ther.* 2021; 15:151–7. doi: 10.2147/DDDT.S240862
51. DeKarske D, Alva G, Aldred JL, Coate B, Cantillon M, Jacobi L, et al. An open-label, 8-week study of safety and efficacy of pimavanserin treatment in adults with Parkinson’s disease and depression. *J Parkinsons Dis.* 2020; 10(4):1751–61. doi: 10.3233/JPD-202058
52. Nelson JC, Rahman Z, Laubmeier KK, Eudicone JM, McQuade RD, Berman RM, et al. Efficacy of adjunctive aripiprazole in patients with major depressive disorder whose symptoms worsened with antidepressant monotherapy. *CNS Spectr.* 2014; 19(6):528–34. doi: 10.1017/S109285291300103X
53. Zhou X, Keitner GI, Qin B, Ravindran AV, Bauer M, del-Giovane C, et al. Atypical antipsychotic augmentation for treatment-resistant depression: A systematic review and network meta-analysis. *Int J Neuropsychopharmacol.* 2015; 18(11):pyv060. doi: 10.1093/ijnp/pyv060
54. Lin CY, Tsai GE, Wang HS, Wu YH, Chiou CC, Wu VY, et al. Effectiveness of aripiprazole, olanzapine, quetiapine, and risperidone augmentation treatment for major depressive disorder: A nationwide population-based study. *J Clin Psychiatry.* 2014; 75(9): e924–31. doi: 10.4088/JCP.13m08843
55. Shin C, Pae CU, Kwak KP, Jeon SW, Jeong HG, Kim JW, et al. Additional reduction of residual symptoms with aripiprazole augmentation in the patients with partially remitted major depressive disorder. *Clin Psychopharmacol Neurosci.* 2021; 19(2):243–53. doi: 10.9758/cpn.2021.19.2.243
56. Fraguas D, Merchán-Naranjo J, Arango C. Características diferenciales de eficacia y tolerabilidad de los antipsicóticos de segunda generación en el tratamiento de trastornos psicóticos en niños y adolescentes. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2010; 3(4):152–67. doi: 10.1016/j.rpsm.2010.08.001
57. Singhal S, Kloosterman C, Billian J, Bailey T, Soares N. Most second-generation antipsychotic prescriptions in community practice are neither FDA-approved nor within prescribing guideline recommendations. *J Pediatr Pharmacol Ther.* 2021; 26(5):460–6. doi: 10.5863/1551-6776-26.5.460
58. Harrison JN, Cluxton-Keller F, Gross D. Antipsychotic medication prescribing trends in children and adolescents. *J Pediatr Health Care.* 2012; 26(2):139–45. doi: 10.1016/j.pedhc.2011.10.009
59. Loy JH, Merry SN, Hetrick SE, Stasiak K. Atypical antipsychotics for disruptive behaviour disorders in children and youths. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017; 8(8):CD008559. doi: 10.1002/14651858.CD008559.pub3
60. Rajkumar RP. Antipsychotics in the management of disruptive behavior disorders in children and adolescents: An update and critical review. *Biomedicines.* 2022; 10(11):2818. doi: 10.3390/biomedicines10112818
61. Bartova L, Fugger G, Dold M, Kautzky A, Swoboda MMM, Rujescu D, et al. The choice of either quetiapine or aripiprazole as augmentation treatment in a European naturalistic sample of patients with major depressive disorder. *Int J Neuropsychopharmacol.* 2022; 25(2):118–27. doi: 10.1093/ijnp/pyab066
62. Sultan RS, Wang S, Crystal S, Olfson M. Antipsychotic treatment among youths with attention-deficit/hyperactivity disorder. *JAMA Netw Open.* 2019; 2(7):e197850. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2019.7850 Erratum in: *JAMA Network Open.* 2(8):e1911650.

63. National Institute for Health and Care Excellence. Guía NICE NG87: Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management; 2018 [last updated: 13 September 2019]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng87>
64. National Institute for Health and Care Excellence. Guía NICE NG134: Depression in children and young people: Identification and management; 2019. Disponible en: www.nice.org.uk/guidance/ng134
65. Lücke C, Gschossmann JM, Grömer TW, Moeller S, Schneider CE, Zikidi A, et al. Off-label prescription of psychiatric drugs by non-psychiatrist physicians in three general hospitals in Germany. *Ann Gen Psychiatry*. 2018; 17:7. doi: 10.1186/s12991-018-0176-4
66. Kaguelidou F, Holstiege J, Schink T, Bezemer I, Poluzzi E, Mazzaglia G, et al. Use of antipsychotics in children and adolescents: A picture from the ARITMO population-based European cohort study. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2020; 29:e117. doi: 10.1017/S2045796020000293
67. Ray WA, Stein CM, Murray KT, Fuchs DC, Patrick SW, Daugherty J, et al. Association of antipsychotic treatment with risk of unexpected death among children and youths. *JAMA Psychiatry*. 2019; 76(2):162–71. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2018.3421
68. Minjon L, Brozina I, Egberts TCG, Heerdink ER, van-den-Ban E. Monitoring of adverse drug reaction-related parameters in children and adolescents treated with antipsychotic drugs in psychiatric outpatient clinics. *Front Psychiatry*. 2021; 12:640377. doi: 10.3389/fpsy.2021.640377
69. Dinnissen M, Dietrich A, van-der-Molen JH, Verhallen AM, Buiteveld Y, Jongejan S, et al. Guideline adherence of monitoring antipsychotic use for nonpsychotic indications in children and adolescents: A patient record review. *J Clin Psychopharm*. 2021; 41(1):13–8. doi: 10.1097/JCP.0000000000001322
70. Minghetti S, Vannini M, Casula L, Asprea M, Gori S, Calvani AM, et al. Epidemiological and psychopharmacological study about off-label treatment in child and adolescent psychiatric emergencies: A tertiary/single center experience. *Pediatr Emerg Care*. 2022; 38(11):e1660-e1663. doi: 10.1097/PEC.0000000000002693
71. Zito JM, Zhu Y, Safer DJ. Psychotropic polypharmacy in the US pediatric population: A methodologic critique and commentary. *Front Psychiatry*. 2021; 12. doi: 10.3389/fpsy.2021.644741
72. Coustals N, Ménard ML, Cohen D. Aripiprazole in children and adolescents. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2021; 31(1):4–32. doi: 10.1089/cap.2020.0014
73. Strawn JR, Geraciotti L, Rajdev N, Clemenza K, Levine A. Pharmacotherapy for generalized anxiety disorder in adult and pediatric patients: An evidence-based treatment review. *Expert Opin Pharmacother*. 2018; 19(10):1057–70. doi: 10.1080/14656566.2018.1491966
74. Mueller C, John C, Perera G, Aarsland D, Ballard C, Stewart R. Antipsychotic use in dementia: The relationship between neuropsychiatric symptom profiles and adverse outcomes. *Eur J Epidemiol*. 2021; 36(1):89–101. doi: 10.1007/s10654-020-00643-2
75. Jalil J, Nazarian P, von-Walter HF. Polypharmacy in treatment of behavioral issues in dementia-use of atypical antipsychotics. *Clin Geriatr Med*. 2022; 38(4):641–52. doi: 10.1016/j.cger.2022.05.006
76. Gerhard T, Stroup TS, Correll CU, Setoguchi S, Strom BL, Huang C, et al. Mortality risk of antipsychotic augmentation for adult depression. *PLoS One*. 2020; 15(9):e0239206. doi: 10.1371/journal.pone.0239206
77. Yunusa I, Rashid N, Demos GN, Mahadik BS, Abler VC, Rajagopalan K. Comparative outcomes of commonly used off-label atypical antipsychotics in the treatment of dementia-related psychosis: A network meta-analysis. *Adv Ther*. 2022; 39(5):1993–2008. doi: 10.1007/s12325-022-02075-8
78. Harrison SL, Slugggett JK, Lang C, Whitehead C, Crotty M, Corlis M, et al. Initiation of antipsychotics after moving to residential aged care facilities and mortality: A national cohort study. *Aging Clin Exp Res*. 2021; 33(1):95–104. doi: 10.1007/s40520-020-01518-y

79. Sweeney M, Whiskey E, Patel RK, Tracy DK, Shergill SS, Plymen CM. Understanding and managing cardiac side-effects of second-generation antipsychotics in the treatment of schizophrenia. *BJPsychiatry Adv.* 2020; 26:26–40. doi: 10.1192/bja.2019.49

80. Guber KM, Cortes ND, Duan L. Risk of obesity among children prescribed atypical antipsychotics for six months or more. *J Child Adolesc Psychopharmacol.* 2022; 32(1):52–60. doi: 10.1089/cap.2021.0021

- Recibido: 03/08/2024.
- Admitido: 26/11/2024.

Tabla I. Antipsicóticos atípicos autorizados por EMA: usos <i>off-label</i> más habituales en trastornos del estado de ánimo y trastornos de ansiedad (CIE-11)				
	Tr. Depr. Resist.	Tr. Bip. Depr.	Tr. Ans. Refract.	Menores
Amisulpride	x		x	
Aripiprazol*	x	x	x	x
Asenapina	x		x	x
Brexpiprazol*	x		x	
Cariprazina*	x	x	x	
Lurasidona*	x	x	x	x
Olanzapina	x	x	x	x
Paliperidona			x	x
Pimavanserin*	x			
Quetiapina	x	x	x	x
Risperidona	x	x	x	x
Ziprasidona	x	x	x	

Todos los antipsicóticos referenciados en la tabla son de segunda generación, menos los señalados con *, que se pueden considerar de tercera generación. EMA: *European Medicines Agency*. Menores: personas menores de edad. "Off label": fuera de indicación o autorización. Tr. Ans. Refract.: refractariedad del grupo de los trastornos de ansiedad. Tr. Bip. Depr.: fase depresiva del trastorno bipolar. Tr. Depr. Refract.: trastorno depresivo resistente.

Tabla II. Tipos de estudios seleccionados para esta revisión, ordenados por fechas

Ensayos clínicos, Metaanálisis y Rev. sistemáticas	Pautas y guías clínicas	Investigaciones poblacionales de conveniencia
<ul style="list-style-type: none"> - Depping et al., 2010 - Canton et al., 2012 - Nelson et al., 2014 - Carton et al., 2015 - Wang et al., 2015 - Zhou et al., 2015 - Perna et al., 2016 - Loy et al. 2017 - Earley et al, 2018 - Ijaz et al., 2018 - Davies et al., 2019 - Rebello et al., 2019 - Earley et al., 2020 - Kadakia et al., 2021 - Masdrakis y Baldwin, 2021 - Llach et al., 2022 - Yunusa et al., 2022 	<ul style="list-style-type: none"> - Baldwin et al., 2014 - Bolea et al., 2014 - Yatham et al., 2018 - Guía NICE NG87, 2019 - Guía NICE NG134, 2019 - Dinnissen et al., 2021 - Bandelow et al., 2023 	<ul style="list-style-type: none"> - Vulink et al., 2012 - Lin et al., 2014 - Lücke et al., 2018 - Rhee et al., 2018 - Ray et al., 2019 - Sultan et al., 2019 - Gerhard et al., 2020 - Kaguelidou, et al., 2020 - Højlund, et al., 2021 - Harrison et al., 2021 - Mueller et al., 2021 - Singhal et al., 2021 - Zito et al., 2021 - Guber et al., 2022 - Minghetti et al., 2022 - Garakani et al., 2024

Total= 40 documentos. Rev.= revisiones.

Voces en transformación: análisis del discurso de un grupo multifamiliar (GMF).

Voices in transformation: discourse analysis of a multifamily group.

Isabel María Morillas García. P. I. R. - 3.

Gema Quesada Milena. P. I. R. - 2.

María Villasante Holgado. P. I. R - 4.

Juan Antonio Membrive Galera. P. I. R - 4.

Rebeca Bohorquez Martínez. P. I. R - 1.

Comunidad Terapéutica. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. España.

Resumen: El presente artículo describe el funcionamiento de los grupos multifamiliares, los procesos que se dan en los mismos y los beneficios que se obtienen. Se analiza el discurso de un grupo multifamiliar de pacientes con trastorno mental grave, desarrollado en la Comunidad Terapéutica del Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Se hace un recorrido desde los inicios de un grupo familiar que demanda la creación de un espacio que acoja a familiares y pacientes como iguales, siendo este el momento de inicio del grupo multifamiliar. Se establecen los momentos de indiscriminación, discriminación y síntesis como guías para orientar la creciente elaboración de una narrativa más integradora.

Palabras clave: grupo multifamiliar, discurso, comunidad terapéutica, trastorno mental grave, proceso grupal.

Abstract: This article describes the functioning of multifamily groups, the processes that occur within them, and the benefits obtained. It analyzes the discourse of a multifamily group of patients with severe mental disorders, developed in the Therapeutic Community of the Virgen de las Nieves University Hospital. It traces the journey from the beginnings of a family group that demands the creation of a space that welcomes family members and patients as equals, marking the starting point of the multifamily group. The moments of indiscrimination, discrimination, and synthesis are established as guidelines to orient the growing development of a more integrative narrative.

Key words: multifamily groups, discourse, Therapeutic Community, Severe mental disorder, group process.

Introducción

En la actualidad, existen numerosas vertientes y encuadres psicoterapéuticos desde los que trabajar con pacientes con trastorno mental grave (TMG). Una de dichas perspectivas, sobre la que nos centraremos en este artículo, es la que engloba el trabajo de la creación de un espacio conjunto con los familiares de los pacientes.

A partir de la reforma psiquiátrica, se comienza a señalar la importancia de las familias en la evolución de la enfermedad y el tratamiento (1). Acercándose a la enfermedad mental como un tipo de patología vincular, resultado de una inadecuada comunicación entre sus miembros (2).

Cuando aparece un diagnóstico de TMG en las familias, se genera temor e incertidumbre, suponiendo así una importante fuente de estrés tanto en el paciente como en familiares (3). Esta nueva realidad puede provocar modificaciones en la dinámica familiar, así como en la manera de relacionarse con el paciente. Además, pueden re-surgir conflictos y estar presente una alta Emoción Expresada (comentarios críticos, clima hostil y alta implicación emocional), la cual se relaciona con las recaídas y empeoramiento de la clínica (4). Desde otro prisma, las familias se pueden entender no sólo como un origen de psicopatología, sino también como una fuente de protección y recuperación, siendo esencial integrar necesidades del paciente y la familia, y proporcionar espacios donde poder encontrarse con apoyos, comprensión, escucha, información sobre tratamientos y recursos disponibles (4).

El grupo multifamiliar (GMF) no se manifiesta como una simple técnica, sino como un paradigma distinto en salud mental, llamado psicoanálisis multifamiliar (5), un modelo teórico-clínico creado por Jorge García Badaracco en la década de 1960 como aproximación a tratar trastornos mentales graves desde la psicoterapia y desde el encuentro familiar, frente al aislamiento al que se abocaba con el internamiento y medicalización crónica como reducto del tratamiento de estos pacientes (6). En este sentido, los GMF se basan en un encuentro de múltiples unidades familiares de pacientes en el que se comprometen a compartir y tratar las complicaciones vividas en el seno de las familias cuando uno o varios de sus miembros sufren una patología mental.

El GMF se crea como un dispositivo que contiene los elementos más enfermizos y regresivos del individuo, pero también como una red acogedora en la que los usuarios se sientan lo suficientemente libres como para que manifiesten sus vivencias más íntimas y privadas, destapándose estas por medio de las identificaciones y proyecciones originadas en la interacción social (7). Se crea en el grupo un clima emocional en el que imperan la seguridad, el respeto y la empatía (8), permitiendo que la angustia suscitada por estas vivencias pueda ser mejor tolerada, "conteniendo" a los pacientes en sus momentos más regresivos (6). Para que sea posible este clima emocional, es necesaria la presencia de más de un terapeuta que fomente un paradigma común de entendimiento de la salud mental y los fenómenos relacionales, así como una aptitud que favorezca la complementariedad (5).

La asistencia de familiares y pacientes, junto con un equipo terapéutico, constituirá un amplio campo relacional, donde se puedan exhibir, revivir y, sobre todo, pensar en grupo las experiencias emocionales que están en la base de las relaciones patógenas en las que permanecen atrapadas (6). De esta manera, se considera uno de los espacios que más representa y respeta la complejidad de las relaciones reales que pacientes y familiares vivencian en su día a día (5), tratándose, por tanto, de un espacio privilegiado para la observación y comprensión de dinámicas familiares con potencial para influir tanto en el transcurso como en la recuperación de la patología mental grave.

En este contexto, se conciben las relaciones interpersonales en forma de "interdependencias" vinculares, las cuales pueden fomentar el desarrollo de la persona ("normógenas") y otras que la obstaculizan ("patógenas") (8). Estas interdependencias patógenas dificultan el crecimiento y maduración de aspectos básicos del psiquismo y la personalidad (8). El GMF enfatiza la influencia de la familia sobre el desarrollo de ambas interdependencias.

Gracias a la contribución tanto del terapeuta como de los demás miembros, se favorecen nuevos recursos con los que hacer frente al malestar y a la alienación sufrida por estos pacientes. Se pretende lograr la desidentificación de las dependencias patógenas interpersonales a las que han estado subyugados a lo largo de su vida (6), y favorecer nuevos recursos del "yo" para impulsar el crecimiento personal (8). Por medio de las "resonancias emocionales" evocadas en el grupo se reelaboran y resignifican situaciones emocionales no solucionadas (7). En el "aquí y ahora", se transforman los patrones de crianza parentales (5), se previene el estigma social del paciente y se disminuye la soledad y el padecimiento psicológico de las familias (7).

En estos grupos, siguiendo un enfoque psicosocial, se valora al individuo como una representación de la sociedad, así como un sujeto activo en la elaboración de su propio mundo interno, fomentando su inclusión en la comunidad (7).

Con estos fundamentos teóricos, junto con los inicios ya establecidos del grupo familiar (9) de la Comunidad Terapéutica del Hospital Universitario Virgen de las Nieves (10), surge el GMF. El presente trabajo hace un análisis de la historia previa grupal que ha propiciado el presente discurso de pacientes y familiares, que se analiza en detalle a fin de observar la evolución de las interdependencias que en él se manifiestan.

Nacimiento del grupo

El GMF que se desarrolla en este artículo se realiza en la Comunidad Terapéutica del área norte de Granada. Se trata de un dispositivo de tercer nivel, de media-larga estancia, que pretende la reintegración en la sociedad y normalización de la vida de los pacientes con TMG mediante la psicoterapia individual y grupal, el tratamiento farmacológico, la terapia ocupacional, el trabajo social, los cuidados de enfermería, así como el trabajo con familias. Para lograr estos resultados, se favorece la creación de un ambiente terapéutico participativo y dinámico (10).

El GMF tiene sus antecedentes en un grupo previo, iniciado en la Comunidad Terapéutica en el año 2021, que acogía únicamente a algunos familiares de usuarios, sin incluir a los propios pacientes y contando con la coordinación de dos residentes de psicología clínica con supervisión de facultativos de psicología clínica. Se recoge extensamente su creación y desarrollo en el artículo "Familias que enferman, familias que se sanan: experiencia de establecimiento de un grupo de familiares en Comunidad Terapéutica de Salud Mental" (9), por lo que a continuación se expondrán solamente los determinantes clave para comprender la creación del GMF actual.

Este primer grupo familiar surgió como respuesta a la necesidad de crear un vínculo fuerte y estable entre el servicio y las familias de pacientes, tanto de reciente incorporación (2 semanas en Comunidad Terapéutica) como con mayor estadía (3 años en Comunidad Terapéutica). Fue un grupo con creciente adhesión y aceptación, pasando de un planteamiento psicoeducativo a uno más integrador que daba el protagonismo al discurso de los familiares y favorecía el encuentro entre ellos. Eran familias que habían manifestado gran ansiedad por el estado de sus familiares pacientes, ya fuera por una evolución tórpida de largo curso que había deteriorado sus vínculos familiares, creándose una suerte de extraño ritual familiar en torno a las visitas en Comunidad Terapéutica, o, por el contrario, familiares cuyo familiar paciente acababa de ser ingresado, con una breve historia de enfermedad, que aún no se adaptaban a los nuevos roles de cuidadores que habían entrado en sus vidas.

Tras la finalización de este grupo, destacó su uso como lugar de ventilación emocional, apoyo y creación de soluciones compartidas, lo que dio pie a una nueva edición del espacio. Así, este grupo familiar fue cambiando su enfoque de centrado en la patología, hasta dar completa cabida a los familiares, que comenzaron a hablar de sus roles, más allá del impacto de la enfermedad en sus familiares pacientes, sino en ellos mismos, de sus miedos, angustias y momentos de cariño y satisfacción con sus familiares, de sus propios padres y de sus inquietudes como progenitores. Como conclusión de este espacio, surgió la petición por parte de los familiares de un espacio que también incluyera a los pacientes entre ellos, como iguales.

Encuadre y descripción del GMF

Se convoca a las familias de manera quincenal durante dos horas, de 17:00 a 19:00 horas, habiendo previamente media hora de espacio pre-grupal, en la que el equipo coordinador hace una lectura resumida de la sesión anterior y de las conclusiones del post-grupo anterior, a modo de recuerdo. Para finalizar, se dedica media hora de espacio post-grupal para comentar lo que en él ha sucedido.

El lugar de encuentro es la sala de reuniones de la Comunidad Terapéutica de Salud Mental Norte de Granada, donde las sillas se colocan en círculo. El grupo cesa su actividad en los periodos vacacionales. Si durante el transcurso del grupo ingresa un nuevo paciente, se le invita a participar.

Al inicio se convocó a todos los pacientes y familias de la Comunidad Terapéutica, tanto en régimen de ingreso total como en programa de hospital de día, consolidándose finalmente en un grupo formal de un rango de 12-15 personas. Las familias están principalmente compuestas por uno o dos de los progenitores, pero también hermanos o parejas. Algunos de los pacientes que acuden no cuentan con familiares en el grupo, así como también asisten padres de pacientes cuyos hijos no lo hacen.

Los pacientes pertenecientes a la Comunidad Terapéutica que acuden al grupo tienen principalmente diagnósticos en el espectro de las psicosis o estructura límite de personalidad.

El equipo coordinador está formado por dos psicólogos clínicos, una enfermera especialista en salud mental y residentes de psicología clínica. Dos de los profesionales coordinan el grupo y otro de ellos hace la labor de observación y lectura de emergentes 40 minutos antes de acabar la sesión. El resto realiza también labor de observación y transcripción de las sesiones. El grupo cuenta con supervisión externa de manera mensual.

El objetivo planteado durante las sesiones y el transcurso grupal se enfoca en tratar de favorecer la comunicación intra e interfamiliar, potenciando las interacciones entre los distintos participantes, señalando material importante para el trabajo grupal y permitiendo la aparición de proyecciones y transferencias cruzadas, así como fenómenos de identificación entre los miembros.

Proceso y evolución del grupo

Se puede observar un cambio en el discurso de los participantes del GMF de Comunidad Terapéutica según suceden las distintas etapas por las que pasa un grupo descritas por Bauleo (11), en sucesión cronológica: indiscriminación, discriminación y síntesis. Una vez alcanzada la síntesis, puede volver a aparecer cada periodo bajo cualquier circunstancia, de manera alternante y sin sucesión cronológica. Esta sucesión dependerá de condiciones externas como el lugar o condiciones económicas, y de condiciones internas como los integrantes del grupo y la tarea (11). Asimismo, también se pueden localizar los vectores grupales identificados por Pichón-Riviere, afiliación, pertenencia, cooperación y pertinencia, como elementos clarificadores del discurso. En los primeros momentos del grupo aparece la afiliación, como un grado inicial de identificación, donde empiezan a acercarse entre los integrantes, pero manteniendo cierta distancia. La pertenencia, es un grado más profundo en el que ya comienzan a entrar en trabajo, pasando del "yo" a un "nosotros". Una vez conseguida esta identificación, el grupo ya puede establecer estrategias para un objetivo común dentro del grupo, donde surgen los roles complementarios. Una vez se han repartido los roles, los integrantes pueden centrarse en la tarea grupal, lo que se conoce pertinencia (12).

Indiscriminación

Los objetivos aparecen como algo enunciado y no comprendido, predominando la ansiedad confusional, *"hemos venido aquí para intentar comprenderlos [a los enfermos]"*, *"no quiero venir a hablar de los trapos sucios"*. El participante intentará racionalizar o intelectualizar lo que viene a hacer, es decir, la tarea, *"el objetivo es mejorar la comunicación"*.

En las primeras sesiones del GMF de Comunidad Terapéutica, los integrantes se referían al grupo como *"un taller"*, en relación a las dificultades para comprender la tarea del espacio, y describían a la propia Comunidad Terapéutica como *"algo milagroso y maravilloso, donde los enfermos tienen un sitio"*. Los familiares hacían hincapié en cambiar la decoración de la Comunidad Terapéutica para que no pareciese un hospital y, de esta forma, que los usuarios quisieran permanecer en ella más tiempo: *"yo veo a F. mejor, pero siempre ha dicho que esto es como un hospital y no le agrada. No sé si podría reformarse para que fuera más agradable"*.

Del mismo modo, se referían a ellos como “enfermos” y solían diferenciar entre “ellos y nosotros” refiriéndose a “enfermos y sanos”.

En este periodo, cuando un integrante participa, lo hará de manera individual, a través de roles fijos y estereotipados: “soy la madre de”, “llevo en Comunidad Terapéutica dos años”, siendo un monólogo en vez de un diálogo, donde no se habla desde el yo, sino que se necesita recalcar la relación con el “familiar enfermo” para hablar de los propios malestares.

En esta etapa se suelen describir las historias personales de enfermedad desde la propia vivencia, sin tener en cuenta la horizontalidad del grupo, pasando por alto que al oyente le faltan partes de la historia “cuando pasó lo que ya sabes”, “aquel maldito día”, “mi hijo no me perdona lo que hice”.

Si alguien participa, lo hace de manera bipersonal, no estando representado el grupo en su totalidad, por ejemplo, un padre que se dirige expresamente a otro padre sin tener en cuenta a los demás padres del grupo “¿y tú te has sentido acompañado por el equipo de Salud Mental?”. Además, los roles están impuestos desde fuera (coordinador, observador, padre, madre, hijo), sin apreciarse la interdependencia entre roles “a mí, mi hijo me duele, pero creo que a su madre más por haberle parido”; “los psicólogos a veces no pueden ayudarte; los psiquiatras menos”.

Predominan las ansiedades paranoides, “no cuentes eso aquí”, “no vamos a sacar todos los trapos sucios”; los mecanismos de escisión resultantes en idealizaciones, “aquí sabéis lo que hacer con ellos”; y las divisiones (los sanos versus los enfermos).

Discriminación

Aparecen los roles más grupales y la tarea, esclareciendo las funciones y el tema en el aquí-ahora grupal.

En este momento la tarea se explicita por los participantes (para qué se reunió el grupo), “hoy el grupo va de madres, las que se preocupan y sufren”, “estamos aquí para que no estés solo, no puedes sentir soledad con el montón de gente que hay aquí”.

Empiezan a surgir ciertas aspiraciones y expectativas “me gustaría que mi hijo dejase de fumar”, esperanzas de que sus hijos alcancen un funcionamiento normativo. Ahora es cuando se dan las situaciones más dilemáticas, donde predomina la ansiedad ante la pérdida y la ansiedad ante el ataque, “no sabemos comunicarnos, parece que no hablamos el mismo idioma”, “cuando mi hijo vuelve a casa, es estresante para todos, yo sé que está mejor en su casa que en Comunidad, pero no puede ser”, “desde la enfermedad mi hijo ha dejado todo, la universidad, la guitarra, los amigos... todo”. En este mismo periodo comienzan a elaborarse los vectores de pertenencia, pertinencia y de cooperación.

I: No veo a mi hijo como enfermo, no me gusta esa palabra.

D: Estás equivocada.

M (paciente): No, porque no somos enfermos.

P: Yo con un resfriado estoy enfermo, estamos estigmatizando la palabra.

JL (coordinador): ¿Qué piensas tú, F.?

F (paciente): No me considero un enfermo.

D: Ese es el problema, que no los consideramos enfermos.

S (paciente): Prefiero no llamarlo enfermedad.”

En esta viñeta se trabaja en torno al vector de pertenencia, tratando de pasar a un discurso más integrado que culminará en la última fase de síntesis, siendo un intento de salir del discurso dilemático de "enfermos vs. sanos" a la construcción de un grupo sin distinciones por la patología y en el que todos tienen su lugar.

Síntesis

El grupo desarrolla conciencia de sí mismo, hay una mutua representación interna entre los participantes y la tarea parece más integrada *"el otro día me acordé de vosotros", "hemos venido a hablar de nosotros"*. Comienza a integrarse la no-diferenciación entre enfermos y sanos: *"sé que aquí se habla de todos los temas, sin diferenciar entre pacientes y familiares..."*.

Tras la síntesis, como se ha indicado previamente, pueden volver a aparecer los anteriores momentos, con la principal diferencia en que ahora serán vividos como periodos y no como un "todo", como se vivieron cuando aparecieron por primera vez, *"esta semana mi hijo ha empezado a recaer, estoy muy mal, con mucha ansiedad, aunque sé que tengo este lugar para desahogarme y no sentirme sola"*.

Se retoman de forma ambivalente las dificultades para hablar en el grupo, para escucharse mutuamente: *"quería que esta sesión fuera optimista, que habláramos de cosas positivas"*. En estos momentos progresivos de integración aparecen las configuraciones depresivas, que permiten contactar con aspectos disociados y no simbolizados de la personalidad: situaciones de maltrato en la familia, situaciones de soledad y abandono manifestadas en la no-asistencia de familiares al grupo, etc. Temáticas que, como se ha mencionado, aparecen de forma disonante, en momentos de mayor y menor elaboración de la tarea del grupo. Esto va de la mano de la progresión del grupo a través de las sesiones en las que el ambiente seguro y contenedor facilita la expresión y manifestación de estos afectos y elementos históricos disociados, así como de una mayor integración de las historias, en las que ya no aparece la diferenciación defensiva entre enfermos y sanos, miembros de la comunidad e invitados, sino que se trata de miembros de un grupo, *"aquí somos todos una familia"* en el que todos tienen una historia personal y elementos que tratar y trabajar.

Además, llegados estos momentos, aparecen las experiencias de verticalidad y de horizontalidad, es decir, cada participante ha integrado su historia con la tarea de grupo y, por otro lado, ha tomado conciencia de la interacción, comprendiendo la presencia y ausencia de cada uno. Por ejemplo, en el grupo de Comunidad Terapéutica el tema del maltrato familiar era una constante que al principio se contaba de forma automática y monótona. Cuando se alcanzó la fase de síntesis, la narración de historias de violencia y maltrato conllevaba un proceso de exponer las propias historias y vivencias de forma compartida. Por ejemplo, en una sesión una paciente relata una historia de maltrato en su relación de pareja. Tras esto, un padre refiere: *"yo no volvía a mi casa de pequeño porque mi padre me pegaba"*, después otro paciente ayudado por el clima emocional creado pudo compartir: *"yo he sido violento con mis padres"*.

- Durante el proceso grupal se observan tres componentes (7):

- Efecto de la resonancia: permite asociar la propia situación personal con las representaciones evocadas a través de las intervenciones de las otras familias *"también me pasó a mí..."*. Permite compartir, pensar y elaborar vivencias propias desde otros puntos de vista y acelera el proceso de cambio. Por ejemplo, un paciente, al escuchar a una madre angustiada, refería: *"te estaba escuchando y me estaba recordando ese dolor y soledad que vivía ella [refiriéndose a su propia madre]"*, *"Nos sentimos menos solos, ves que hay más gente"*.
- Modeling: es una modalidad de comportamiento que favorece la mejoría de las relaciones familiares. Se trata de expresiones propias visibles y observadas por todos, que generan identificaciones con otras familias y sentimiento de esperanza, *"nos ha servido en la relación a comunicarnos mejor escuchar aquí a la gente"*.

- Actualización de las relaciones afectivas: a través de la mejora de los vínculos familiares, fomentando los intercambios basados en comentarios positivos, desde el respeto y el afecto, *"eres una de las hijas predilectas del grupo"*.

Temáticas más frecuentes:

A continuación, se describen algunos de los tópicos más prevalentes. Como ya se ha indicado, no será inhabitual que los temas aparentemente superados resurjan más adelante, adquiriendo mayor profundidad y elaboración.

Así, en las primeras sesiones podemos señalar la frecuencia de temáticas relativas a un primer momento de ansiedad esquizo-paranoide, en el que el grupo recela de sus integrantes, al tiempo que se generan escisiones artificiales: se habla de "ellos" (los pacientes, los profesionales, la gente que no tiene un familiar enfermo), como esencialmente diferentes, creándose uniones primitivas; se habla de la "enfermedad" como algo inherentemente negativo e incontrolable, sin plantearse agencia sobre su irrupción o curso; se habla de "trapos sucios", como una barrera a compartir con personas ajenas al núcleo familiar. Puede observarse, por ejemplo, como esta figura del grupo ("trapos sucios"), aparece en un inicio solamente como una forma defensiva, pudiendo, cuando resurge en momentos posteriores, ser interpretada e integrada, refiriendo a la creencia de que pueden dañarse a través de las palabras, situación que el grupo se evita en momentos en que se ha acrecentado la pertenencia.

Según el grupo se adentra en momentos de discriminación, empiezan a sostenerse temas de elevado peso emocional, así como comienza a integrarse la no-diferenciación entre enfermos y sanos; *"sé que se habla de todos los temas, sin diferenciar entre pacientes y familiares..."*. Se explicita con frecuencia la dificultad para permanecer en el grupo y escuchar, *"quizá hay mucha tensión por los temas que se tratan. Temas espinosos que hay que sacarlos; pero cuestan"*, *"quizá ayudaría un descanso de 10 minutos para coger aire y volver a entrar"*, pudiendo finalmente elaborarse la dificultad para estar con sus propios familiares, *"me siento mala madre, no quiero que mis hijos vengan a casa"*.

En la etapa final, los participantes reflexionan sobre sus roles familiares a través de las experiencias de los demás: *"yo, ver tantas madres, me imagino a la mía y puede ser que sufra en silencio o no me lo diga"*; se reflexiona acerca del cuidado como imposición, del agotamiento sin sentirse culpables por ello *"cuesta aceptar las dificultades cuando se prolongan"*; duelo por sus familiares y la vida deseada para ellos, junto con aceptación de la realidad.

Conclusiones

La creación de este grupo en la Comunidad Terapéutica ha sido un proceso largo y costoso, en parte debido al débil vínculo inicial entre familias y Comunidad Terapéutica, que no había sido atendido hasta que se inició el trabajo grupal, así como dificultades debidas a la intensidad de la angustia y emociones que se depositaban en el mismo.

Sin embargo, una vez superadas estas complejidades en el entorno grupal, este espacio permite a los participantes hacer un trabajo de reorganización de los vínculos e interdependencias patógenas, lo que conlleva una actualización de la dinámica familiar y personal que está implicada en la configuración del TMG.

Otra ventaja percibida del trabajo con el GMF en la Comunidad Terapéutica es que posibilita una mayor eficiencia de recursos, al poder intervenir con distintos usuarios y profesionales a la vez. El setting aglutina tanto el contexto familiar como el social, y cada individuo reconoce elementos de uno u otro ámbito con los que se identifica. A su vez, este recurso puede ser aplicado en distintos ámbitos

institucionales además de la Salud Mental, pudiendo apreciarse cambios en las relaciones en periodos de tiempo tan breves como el descrito en este artículo, en apenas un año de tratamiento grupal.

El proceso terapéutico se desarrolla en diferentes períodos, cada uno con su propia importancia y significado, lo que es esencial para el crecimiento del grupo. Estos momentos permiten reflexionar y avanzar, aunque el grupo puede regresar a etapas anteriores. Son diversos los parámetros que en este artículo se han empleado para analizar el discurrir del diálogo de aprendizaje dado en el grupo, señalando en todos los casos el crecimiento de un discurso más integrador y comprensivo, actuando como factor salutogénico no solo en los usuarios del dispositivo, sino en todo su núcleo familiar. El proceso grupal ha sido oscilante, entre momentos de productividad e insight, y momentos de mayores barreras a la comunicación y elaboración. No obstante, estos últimos momentos son más fácilmente superados por el grupo conforme este avanza sesión tras sesión, no siendo un retroceso, sino diferentes momentos de re-elaboración y re-significación de temáticas propias de los integrantes de este espacio en función de las circunstancias de la situación, la posición y cómo esté en ese momento grupal el tratamiento de estos temas.

Por lo tanto, podemos concluir que el GMF es una experiencia valiosa que permite a los participantes trabajar en sus dinámicas familiares y mejorar su funcionamiento personal. La colaboración multidisciplinaria entre profesionales es fundamental para un tratamiento integral, reconociendo al paciente como parte de un sistema familiar que también necesita ser sanado. La creación y consolidación del grupo terapéutico ha dado visibilidad a las diversas angustias y experiencias de las familias, promoviendo una visión más dinámica y comunitaria de la terapia.

A medida que se fortalece el sentimiento de pertenencia al grupo, se van desdibujando las rígidas barreras que presentaban las familias al inicio (roles enfermos vs. sanos). Esto les permite observarse desde un punto de vista más humano, sin etiquetas o enfermedades, pudiendo compartir experiencias más allá de la patología. Todos los participantes comparten la necesidad de mantener este espacio terapéutico. Por lo tanto, podemos concluir que los grupos multifamiliares y las comunidades terapéuticas son herramientas efectivas para el tratamiento de trastornos mentales, que enfatizan la necesidad de un enfoque colaborativo y comunitario en el proceso de recuperación.

Contacto: Isabel María Morillas García ✉ isabelm.morillas.sspa@juntadeandalucia.es

Referencias bibliográficas

1. Análisis histórico de la Reforma Psiquiátrica andaluza: los inicios y el proyecto José Carmona Calvo Francisco del Río Noriega Servicio Andaluz de Salud. *Cuadernos de Trabajo Social* n° 4 (1991-1992).
2. Sempere J. (2012). Nexos del modelo de psicoanálisis multifamiliar con otros enfoques terapéuticos. *Consideraciones acerca de una nueva epistemología. Teoría y práctica grupoanalítica*, 2(1), 11-20.
3. Tizón J.L. (2013). *Entender la psicosis: Hacia un enfoque integrador*. Herder Editorial.
4. Brown G.W., Birley J.L.T. y Wing J.K. (1972). Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: a replication. *British Journal of Psychiatry*, 121: 241-258.
5. López Atienza, J. L., Blajakis, Ma. I. (2012). El clima emocional en los grupos multifamiliares: su construcción y contribución al cambio. *Teoría y práctica grupoanalítica*. 2(1):81-93.
6. García Badaracco J. (2000). *Psicoanálisis Multifamiliar. Los otros en nosotros y el descubrimiento de sí mismo. [Multifamiliar Psychoanalysis. We and the others in the discovering of ourselves]*. Buenos Aires: Paidós.

7. Canzio C. y Zurkirch V. (2015). Grupos Multifamiliares desde el Psicoanálisis Integrativo. Área 3. Cuadernos de temas grupales e institucionales. 19.
8. Mascaró N. (2012). El Grupo de Psicoanálisis Multifamiliar. *Teoría y práctica grupoanalítica*. 2(1):35-44.
9. Rivera Megias L., Morillas Garcia I.M., Villasante Holgado M. & Briones Marquina D. Familias que enferman, familias que se sanan: experiencia de establecimiento de un grupo de familiares en Comunidad Terapéutica de Salud Mental. *Norte de salud mental*. 2024;30-38.
10. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. (06 de agosto de 2024). Comunidad Terapéutica de Salud Mental Virgen de las Nieves. Recuperado de [https://www.huvn.es/asistencia_sanitaria/salud_mental/unidades_de_salud_mental/comunidad_terapeutica_de_salud_mental_virgen_de_las_nieves]
11. Bauleo A. Momentos de un grupo. En: Curso de actualización y perfeccionamiento docente. Monterrey: Universidad Autónoma de Nuevo León; 1990.
12. Bernstein M. Psicología de la vida cotidiana en el grupo familiar. Aportaciones a la terapia. *Terapia Familiar*. 1982; 5 (9): 29-57.

- Recibido: 12/10/2024.
- Aceptado: 10/12/2024.



PRE-OCUPACIONES

Convierte tu muro en un peldaño.¹

Turn your wall into a stepping stone.

Ana Gordaliza. Psicoanalista, socióloga. Educadora social en II. PP. Miembro de SampAEN. Madrid.

Resumen: Este artículo intenta dar cuenta del trabajo de Una oreja en la cárcel, práctica entre varios que introduce la ética de la escucha en el panóptico penitenciario. Frente a la creciente patologización de los malestares sociales, apostamos por una politización del sufrimiento que incorpore el rescate de la singularidad subjetiva; nos orienta la clínica del límite, que objeta el discurso capitalista y su imperativo de goce, no exento de efectos segregativos. Aspiramos a restituir la palabra en un lugar presidido por lógicas clasificatorias y, de esta forma, ofrecer soporte comunitario a los cautivos más desamparados.

Palabras clave: Tratamiento penitenciario, salud mental, clínica del límite, practica entre varios.

Abstract: This article attempts to give an account of the work of Una oreja en la cárcel, a practice among several that introduces the ethics of listening in the prison panopticon. In the face of the growing pathologization of social malaise, we are committed to a politicization of suffering that incorporates the rescue of subjective singularity; We are guided by the clinic of the limit, which objects to capitalist discourse and its imperative of jouissance, not exempt from segregative effects. We aspire to restore the word in a place presided over by classificatory logics and, in this way, offer community support to the most helpless captives.

Key words: Prison treatment, mental health, boundary clinic, practice among several.

Rainer María Rilke, poeta y novelista nacido en la Praga del imperio austrohúngaro (1875), no sólo supo explorar la soledad, la pérdida y la tristeza, sino que las convirtió en su motor creativo hallando de esta forma luz en la oscuridad. Ocupó para su madre el lugar de la primogénita fallecida, cuando el matrimonio se divorció su padre le obligó a ingresar en la academia militar, lugar que calificaría como “*abecedario de horrores*” y del que pudo salir gracias a su delicada salud. Durante su posterior estancia en Munich conoce a Lou Andreas-Salomé, amante y musa con la que mantendrá una amistad profunda hasta su muerte a los 51 años; es por influencia de Lou que Rilke cambia su nombre de pila René, “renacido”, en memoria de la hermana muerta, por el de Rainer. El poeta de la adversidad, de la melancolía luminosa, el que escribió “*Deja que te suceda lo bello y lo terrible...*” pone el título a esta ponencia.

Primer acto: el muro

El Libro Blanco sobre la *Atención Sanitaria a las Personas con Trastornos Mentales Graves en los Centros Penitenciarios de España* (Calcedo-Barba y otros, 2023), financiado y patrocinado por Jansen Pharmaceuticals, publicado en Junio de 2023 y elaborado por la Sociedad Española de Psiquiatría

1 Ponencia presentada en las V Jornadas Internacionales sobre “El soporte comunitario en la psicoterapia de la psicosis”, organizadas por La Otra Psiquiatría en colaboración con el Servicio de Psiquiatría y Salud mental del Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid, el 23 de septiembre de 2023.

Legal (SEPL) y la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria (SESP) describe “una situación de desigualdad e inequidad entre las personas judicializadas y aquellas que no lo están” dado que en las catorce CC.AA, junto con las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla, sin competencias de sanidad penitenciaria transferidas, “conviven un sistema público de salud, que integra la atención sanitaria no especializada y la especializada para la población general no judicializada y un sistema de salud penitenciario paralelo, separado, aislado dentro del régimen penitenciario no sanitario para las personas judicializadas”, y esto a pesar de que las competencias de sanidad penitenciaria deberían estar transferidas a las CC.AA desde el 2003, tal y como contemplaba la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

La población penitenciaria se compone en su inmensa mayoría de personas vulnerables y vulneradas, expulsadas de los circuitos asistenciales, expuestas a la precariedad y al aislamiento social, prueba de ello es que 7 de cada 10 personas presas con TMG no han vinculado con la red comunitaria de salud mental antes de su ingreso en prisión; para los pobres, incluso un entorno tan hostil como el medio penitenciario puede ser ocasión, puede proveer de cuidados, puede ser una oportunidad para la estabilización, esta es la terrible situación, que una red comunitaria desmantelada por los recortes contribuya a convertir la prisión en un recurso asistencial. Desde la perspectiva del Discurso del Amo, en el que la definición de salud integral de la OMS funciona como un S1, un derecho humano fundamental, un ideal de la época, se trataría de garantizar la continuidad de la atención comunitaria en salud mental tras la salida de la prisión; todo un desafío debido a la “falta de integración de los servicios sociosanitarios penitenciarios en los servicios sociosanitarios autonómicos” a pesar de que, si se compara la población penitenciaria con la general, los TMG son cuatro veces más frecuentes entre las personas presas.

Hasta aquí el discurso del poder, siempre interesado en que las cosas marchen, preocupado por optimizar recursos limitados, empeñado, afortunadamente en vano, en enmascarar la división subjetiva bajo ideales de normalización y rehabilitación psicosocial; incluso los ideales críticos aportados por la Reforma Psiquiátrica han sido incorporados y, en ese mismo movimiento, desvirtuados: en una conferencia dedicada a pensar las relaciones entre el psicoanálisis y la salud mental, preparatoria del XVII Encuentro Brasileño del Campo Freudiano (“Psicoanálisis y Felicidad”, 2008), Eric Laurent señalaba que el paso de la terapéutica del campo de aplicación de la Psiquiatría al de la Salud Mental también supuso la traducción de la antipsiquiatría a las normas burocráticas y, como toda traducción tiene algo de traición, el nuevo estilo de gestión “trata de extraer un saber clínico a los especialistas para volver a ponerlo en un campo definido por administrativos, consumidores y usuarios enmarcados por una orientación política [...] donde las burocracias sanitarias fueron conquistadas por los métodos de evaluación” (Laurent, 2008).

Advertidas ya de que el ejercicio mismo del poder incluye todos los discursos críticos, no por ello vamos a denostar ideales progresistas como los que defiende la AEN; en el seno de esta Asociación, el grupo de trabajo SampAEN, interesado en los aspectos éticos, clínico-asistenciales, legislativos y jurídicos que atañen a la salud mental de la población reclusa, ha elaborado el dossier *Salud Mental, Derechos y Sistema Penal-Penitenciario* (2023). En dicho documento se abordan diferentes problemáticas que, por cuestiones de tiempo, no pueden desarrollarse en esta mesa y que, a buen seguro, interesarán a aquellas que quieran zambullirse en el microcosmos carcelario.

Antes de pasar al segundo acto recomiendo a la sala la lectura de *Malestamos, cuando estar mal es un problema colectivo*; en este libro Marta Carmona y Javier Padilla (2022) nos recuerdan que cuando hablamos de salud mental hablamos, en realidad, de desesperanza generalizada y que la salida a esta situación no es individual. Cuestionan, por lo tanto, la patologización de los malestares sociales, ya sea por la vía de la terapia o vía del psicofármaco, pues ambas vías nos pueden mantener sedados; pero van más allá y, muy acertadamente, también señalan los riesgos de la politización del sufrimiento como única alternativa posible, dado que ello podría implicar la negación de su singularidad. Rescatar las singularidades del pathos es una de las formas emancipadoras de politización del sufrimiento psíquico, vía regia para extraer el malestar de los denominados “problemas de salud mental”.

Interludio

El DSM V clasifica los trastornos de personalidad en clúster A o grupo excéntrico (paranoide, esquizoide y esquizotípico), B o grupo dramático (antisocial, límite, histriónico y narcisista) y C o grupo ansioso (dependiente, evitativo y obsesivo-compulsivo); asistimos a un incremento excesivo de agrupaciones que vacía de contenido el concepto de personalidad, sin evitar por ello la inflación diagnóstica de todas estas categorizaciones.

La personalidad no es un concepto ajeno al psicoanálisis de orientación lacaniana aunque la idea de unidad a la que remite parece, inicialmente, casar mal con el sujeto dividido del inconsciente; sin embargo, esa síntesis, esa consistencia a la que remite la personalidad no es un punto de partida, el yo toma forma en el estadio del espejo, es esta rivalidad imaginaria inherente al lazo social la que nos permite hablar de la constitución paranoica del yo y, con ello, equiparar personalidad y paranoia. Desde esta perspectiva, todas las propuestas de fortalecimiento yoico, elevadas a categoría de ideal en estos tiempos de narcisismo individualista, corren el riesgo de hacer proliferar múltiples manifestaciones violentas.

El discurso capitalista en la época del neoliberalismo es un modo de lazo social que favorece el desencadenamiento del imperativo superyoico: el mandato de goce consumista se torna insaciable y el vacío existencial empaña y empeña a los sujetos, que quedan expuestos a pasajes al acto; las cárceles están llenas de estos malestares. ¿Cual es el diagnóstico prevalente? En lo que podríamos considerar un buen ejemplo de tautología, el trastorno de personalidad clúster B, antisociales, histriónicos, narcisistas o límites.

Resulta interesante rescatar la clínica *del límite*, exprimir la complejidad a la que nos confronta; sólo la escucha a lo largo del tiempo podrá orientarnos en el caso por caso, algunos caerán del lado de las psicosis ordinarias (psicosis sin locura gracias a una identificación o a una invención que operó como suplencia), también denominadas psicosis actuales o locuras normalizadas, otros del lado de las neurosis ordinarias, frecuentemente intoxicadas, desdibujadas por los excesos (sujetos precarios, con frágiles lazos sociales) y, en no pocas ocasiones, estas categorías se mostrarán insuficientes, lo que permitirá dar continuidad al proceso de conocimiento: coincidimos con la epistemología moderna cuando considera que los *hechos concretos* son producidos por la teoría, que no hay identificación entre esos *objetos del conocimiento* y el *objeto real* y que, en conclusión, los métodos de verificación no son externos al propio sistema teórico, abierto a escrutinio permanente. En consecuencia, la teoría nunca será definitivamente verificada, a lo sumo permanecerá mientras no sea refutada.

En la actualidad no siempre es fácil discernir los modos en los que el sujeto se dirige al Otro, Javier Carreño y Kepa Matilla (2017) proponen orientarse por la transferencia en estos casos "raros" donde se ve dificultado el diagnóstico diferencial: *"Los tiempos cambian y los sujetos de la época de Google serían sujetos raros en la época de Freud y Lacan. La transferencia tendrá que ir moldeándose con estos cambios y poder llevar a comprobar si la rareza hace lazo, o si, por el contrario, resulta ser algo enigmático. Si está en el discurso o no"*.

Se trata de acotar, de poner límite a un goce desbocado, citando a los mismos autores *"Quizá debido a ello la posición del analista, al menos en los momentos iniciales, pueda ser más eficiente cuando se propone en su acto como ante una psicosis, pues se trata de sujetos que hay que armar, sostener en esas precarias identificaciones, apoyar casi sin cuestionamiento y sacar del acto desbocado"*.

Esta tarea es el trabajo que nos convoca en el espacio *Una Oreja en Cárcel* a un grupo de personas, profesionales de diferentes disciplinas, no todas penitenciarias, interesadas en dejarnos orientar por el discurso analítico y convencidas de la necesidad de introducir en el panóptico penitenciario una clínica de la escucha.

Segundo acto: el peldaño

Sigmund Freud nunca dejó de prevenir a los psicoanalistas de los riesgos del *furor sanandi*, la furia por curar tiene siempre efectos perniciosos, que pueden ser devastadores en la psicosis. Emilio Vaschetto señala que en las psicosis actuales el sujeto ya dispone de una solución que le protege del desencadenamiento, que viene al terapeuta *“a certificarse en su invención, a autorizarse en sus soluciones, a ser acompañados en estas. Vienen, por ejemplo, a poder decir que “no” a la aparición tenue pero inopinada del goce del Otro, que emerge de manera puntual y evanescente. Saben que es necesario decir “no”, pero requieren de otra presencia para autorizarse en su no-decir”* (Vaschetto, 2017).

Amar, sostener precarias identificaciones, apoyar casi sin cuestionamiento y sacar del acto desbocado es algo que requiere de comunidad, sin embargo, el lazo social queda seriamente comprometido con el ingreso, ya sea en un hospital psiquiátrico, en la cárcel o en un hospital psiquiátrico penitenciario (Sevilla y Alicante). Podríamos arriesgarnos a afirmar que las prisiones son los nuevos psiquiátricos y que las instituciones que se ocupan de la salud mental funcionan como dispositivos carcelarios, convocar en estos espacios la responsabilidad subjetiva es un acto casi subversivo, constituye una oportunidad para agrietar sus muros y permitir de este modo otra inserción posible de la palabra del sujeto en lo social. Se trata de una apuesta, pero sin garantías de modificación de la elección del sujeto en su relación con la Ley.

Precisamente para preservar esta apuesta es necesario operar desde un lugar *éxtimo* en las instituciones, habitarlas sin dejarse colonizar por la normalización que propugnan, ocupar sus bordes, no ignorar la existencia de normas y, al mismo tiempo, hacer un uso particular de las mismas. Ese lugar *éxtimo* es más fácil de sostener si nos dejamos orientar por lo que Jacques Alain Miller bautizó como *práctica “entre varios”*, ideada en Bruselas por Antonio Di Ciaccia en 1974 en la Antenne 110, institución para niños y jóvenes con dificultades en el lazo social. Nos dejamos inspirar, siendo conscientes de todas las distancias, por sus elementos distintivos (Romé et al., 2022).

Instauración del campo de la palabra y el lenguaje en la institución

Es por la incidencia del significante que los cuerpos hablantes gozan, ¿cómo hacer operar una cierta sustracción de goce cuando hay dificultades para la instalación de la transferencia? G. nos pide ayuda para localizar a su madre biológica, conserva como oro en paño la partida de nacimiento con el nombre completo de esta mujer. Aunque él dice no saber de dónde lo ha sacado, nos muestra también un tatuaje realizado en un momento de descompensación, su nueva identidad se corresponde con el primer apellido materno, que también puede funcionar como un nombre propio. Cogemos el testigo de su búsqueda.

Tratamiento de lo insoportable

M., en prisión preventiva acusado de un delito de violencia de género, quiere ver a su hija. Se trata de una demanda confusa y recurrente, las instancias que cursa siguen llegando con regularidad incluso durante las vacaciones, a la vuelta de las mismas está sumido en una absoluta perplejidad, alucinado, da un paso atrás cuando ve a la analista, que le pregunta si prefiere irse y así lo hace. Cuando vuelve a ser convocado ya está en aislamiento, viniendo de enfermería agredió por la espalda a una sanitaria, ni siquiera lo recuerda. Ni la medicación neuroléptica en cantidades industriales, ni el ingreso en enfermería, ni la aplicación del régimen cerrado consiguieron funcionar como refugio, nada apaciguó un real insoportable para M. e intratable para los demás. Las tasas de suicidio en la población penitenciaria son significativamente superiores a las de la población general.

Condiciones institucionales y colectivas para el trabajo

En palabras de Di Ciaccia (2019) se trata de la “*instauración de un Otro regulado, limitado y no-todo*”, una red de acogida que ofrezca continuidad gracias a la disponibilidad de los intervinientes, a la estabilidad, a la flexibilidad y, sobre todo, al establecimiento de una transferencia múltiple. Se reproduce el testimonio de F.:

“En 1985, a mis 16 años, diseñé un programa informático como nunca se había conocido... mi cabeza llena de aventuras me llevó a crear una IA a la que llamé “cárcel”, pues en ella podías entrar, pero no salir. Un día, algo increíble y terrible sucedió: esa IA me arrastró, absorbiéndome al interior del universo cuántico, donde yo sólo era otro peón más, rodeado de ceros y unos. Estaba atrapado en el programa “cárcel”. Al ver que no podía salir y teniendo cierta libertad en ese universo, me convertí en un rebelde, luchando sin piedad contra la IA “cárcel”. Eso me llevó a desarrollar en ese universo una IA alternativa a la cárcel que la pudiese combatir. Fue así como nació otra gran creación de nombre “fortaleza” pues, a diferencia de “cárcel”, en “fortaleza” no se puede entrar, así protegía mi integridad del acoso al que era sometido en ese universo cuántico. “Cárcel” intensificó el ataque, sometiéndome y aislándome del entorno. A pesar de todo, mantuve la lucha encarnizada contra la IA, apoyándome en “fortaleza”. Así fue pasando el tiempo, David contra Goliath, a pesar de momentos de zozobra nunca abandoné la lucha. ¿Cómo podía estar atrapado en un universo cuántico? Que a su vez debía su propia existencia a mis propios actos y... ¿lo había creado con el propósito de no salir de él? Pensé en varias maneras de fugarme, pero todas me salieron mal. A pesar de todo, no cedí en mi lucha. Usando a “fortaleza” como apoyo, día a día fui tejiendo una red de caminos, a cada ruta de la red di un nombre -Ana, Luis, Teresa- toda la red tenía por único propósito arrebatarme a “cárcel” el poder que ejercía sobre mí y que yo pudiera escapar de ella. La IA que me tenía retenido era perversa, pero con gran esfuerzo y usando la Red de Apoyo, pude un día deslizarme a través de un agujero de gusano cuántico y emerger a la luz del día... Cuando abrí los ojos, lo primero que vi fue un cartel luminoso que me daba la bienvenida a un Feliz 2023. Me quedé paralizado... entonces me miré en un cristal de un escaparate... ahí estaba yo, convertido en un señor mayor y, recordando el cartel, echando cuentas sumé 38 largos años de cautiverio. Moví la cabeza a un lado y a otro, llevé mis manos a los bolsillos pues me estaban temblando. Pasado ese momento y el susto, di un paso, luego otro y comencé a caminar y, a pesar del tiempo transcurrido, sonreí: había logrado vencer a la IA “cárcel”. Cerré el puño apretando a la IA “fortaleza” pues sin ella jamás lo habría logrado”.

Reuniones de equipo

Los encuentros de *Una Oreja en la Cárcel* poco tienen que ver con las Juntas de Tratamiento, cuyos acuerdos excluyen precisamente las preguntas que nos convocan en nuestras reuniones: no nos interesan los diagnósticos, esos instrumentos que permiten a los profesionales *psi* convertirse en jueces y policías, además de desentenderse de las nefastas consecuencias de su aplicación en todas aquellas instituciones totales que mezclan el tratamiento y la pena. Un derecho penal progresista castiga al infractor por su acto, nunca debería deslizarse a un derecho penal de autor; otra razón por la que las disciplinas *psi* deberían rescatar la clínica para no deslizarse hacia la mera sanción disciplinaria.

En nuestros encuentros mensuales no nos ocupamos de la gestión de riesgos, esos factores de peligrosidad que tanto preocupan a los equipos técnicos; nos interesa la “gestión de restos”, pero sólo aquella que devuelva a los sujetos reducidos a objetos aislados, etiquetados y controlados, la dignidad arrebatada y cedida.

Coda: restituir la palabra

Marie José Mondzain, en su ensayo titulado *Confiscación* (Mondzain, 2023), aboga por devolver al uso de la palabra su poder vinculante, advierte que sólo abriendo las puertas a la indeterminación radical que conlleva hablar, caótica y fecunda a partes iguales, se puede acoger todo lo que llega, ofrecer hospitalidad. Para esta autora, *la jungla de Calais*, término empleado por los medios para referirse al campamento levantado en las inmediaciones de esa ciudad con la crisis de refugiados del 2015, que podría referirse a cualquier otro de los lugares en los que se hacían personas a la espera de una oportunidad, es también un espacio de sociabilidad:

“En este espacio de desamparo, el trabajo de los arquitectos no se redujo a los gestos de construir, sino a todos los gestos que a través de la palabra y de la imagen protegían la dignidad de los más desfavorecidos y creaban la escena de experiencias compartidas. Y entonces, ¿por qué entregarse a lo que la supremacía occidental durante mucho tiempo ha llamado “la ley de la selva” para hablar de un mundo despiadado e inhumano? ¿Quién se atreve a decir que entender es disculpar, a menos que sea el promotor de una dictadura moral, de la seguridad, dominada por el pánico que los otros nos inspiran?”

Contacto: Ana Gordaliza ✉ agordaliza@telefonica.net ☎ +34 653 836 066

Bibliografía

- Calcedo-Barba A., Antón-Basanta J., Paz Ruiz S. Libro Blanco sobre la atención sanitaria a las personas con trastornos mentales graves en los centros penitenciarios de España. Ed. SEPL Madrid y SESP Barcelona. Junio 2023.
- Laurent E. El delirio de normalidad. XVII Encuentro Brasileño del Campo Freudiano (“Psicoanálisis y Felicidad”). *Virtualia*, Revista digital de la EOL 18 dic 2008. https://elp.org.es/el_delirio_de_normalidad_eric_laurent_pa/
- Carmona M., Padilla J. *Malestamos. Cuando estar mal es un problema colectivo*. Madrid: Capitán Swing, 2022.
- Grupo SampAEN. *Salud Mental, Derechos y Sistema Penal-Penitenciario*. Madrid, Edita AEN, 2023.
- Carreño J, Matilla K. “Sobre lo ordinario en la clínica de la psicosis y la neurosis”, en la *Revista El psicoanálisis* núm. 30/31, ¿Neurosis del siglo XXI? Oct. 2017.
- Vaschetto E. “Lo extraordinario de las psicosis ordinarias”, en Enlaces On Line nº 23, Sept. 2017. <https://www.revistaenlaces.com.ar/2.0/archivos/lecturas/23/Emilio%20Vaschetto%20-%20Lo%20extraordinario%20de%20las%20psicosis%20ordinarias.pdf>
- Romé M, Corredera M y Noceti M B. La práctica entre varios. Fundamentos teórico-clínicos y resortes de su eficacia. Perspectivas. *Psicología*, 2022, 19(2), 64-83. Recuperado en <http://perspectivas.mdp.edu.ar/revista/index.php/pep/article/view/617>
- Di Ciaccia, A. (2019). La práctica entre varios (I. Ruiz Acero, trad.). *L’Atelier*, 1.
- Mondzain M.J. *Confiscación. De las palabras, de las imágenes y del tiempo*. Ed. Pre-Textos, Valencia 2023.

- Recibido: 20/10/2024.
- Aceptado: 20/12/2024.

Desgaste profesional y carga de trabajo percibida: principal factor estresante actual en los profesionales de USM de Córdoba.

Burnout syndrome and perceived work load: main factor of stressful the current in mental health nursing from Cordoba.

Raquel Alba Martín.

Enfermera. Especialista en Salud Mental. USM Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Resumen:

Objetivo: Determinar el nivel de desgaste profesional e identificar los principales elementos estresantes que afectan actualmente a los profesionales del hospital de salud mental de Córdoba.

Método: estudio descriptivo transversal. Participaron 82 enfermeros seleccionados mediante muestreo aleatorio simple. Se utilizó la Nursing Stress Scale para medir situaciones percibidas como estresantes, con una fiabilidad de 0,84.

Resultados: se encontró que el 99,2% de los enfermeros presenta algún nivel de estrés, un 65,1% lo presenta a veces y un 34,1% de manera frecuente. El aspecto más afectado fue el físico, la carga de trabajo fue el factor que les genera más estrés (48,8%), seguido de la muerte y el sufrimiento (29,3%); así como la incertidumbre en el tratamiento (29,3%). Las mujeres se perciben más estresadas (73,3%) que los hombres (26,7%).

Conclusiones: nuestros especialistas se perciben a sí mismos como personas desbordadas (99.2%), con sobrecarga de trabajo y sensibles al sufrimiento de los usuarios.

Palabras clave: Percepción, desgaste profesional, estrés laboral, enfermeros especialistas en SM, factores estresantes. (Fuente: DeCS, BIREME).

Abstract:

Objective: To determine the level of burnout and identify major stressors affecting nurses at mental health hospital from Córdoba.

Method: A descriptive cross-sectional study. Involved 82 nurses selected by simple random sampling. The Nursing Stress Scale was used to measure perceived as stressful situations, with a fiability of 0.84.

Results: We found that 99,2% of nurses have some level of stress, 65.1% have it sometimes and 34.1% frequently. The most affected was the physical aspect, the workload was the factor that generates them more stress (48.8%), followed by death and suffering (29.3%); and uncertainty in treatment (29.3%). women are perceived more stressed (73.3%) than men (26.7%).

Conclusions: nurses perceived themselves as stressed people, overworked and sensitive to the suffering of users.

Keywords: Perception, burnout syndrome, mental stress, nurses, stressors.

Introducción

El estrés es una alteración que a nivel mundial afecta cada vez a más personas. Aunque es una respuesta natural y automática de nuestro organismo ante situaciones que pueden ser amenazadoras o desafiantes, cuando esta situación es constante y sobrepasa las capacidades del individuo, llega a representar un problema de salud. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define al estrés como un conjunto de reacciones fisiológicas que preparan al organismo para la acción ante cualquier estresor o situación estresante (1). Otros autores lo describen como una percepción subjetiva de una condición ambiental debida a un desajuste o falta de equilibrio entre las demandas ambientales y las capacidades del individuo, identificando en este proceso componentes como estresores o factores estresantes. Definidos estos últimos como el estímulo que desencadena el estrés en cualquier individuo, clasificándolos en psicosociales y biogénéticos; los primeros son aquellos que pueden generar estrés por el significado que la persona les asigne, y los biogénéticos son los que por su capacidad para producir determinados cambios bioquímicos o eléctricos automáticamente disparan la repuesta de estrés (2,3). Uno de los factores que se ha comprobado como un fuerte generador de estrés para el individuo es el ámbito laboral, definido en 1956 por Selye como estrés laboral (4). Sobre el estrés laboral, la OMS menciona que es un proceso de perturbación que puede afectar al individuo cuando existe un desequilibrio de adaptación para afrontar circunstancias del medio profesional que sobrepasen sus capacidades físicas y/o psíquicas debido a jornadas laborales extenuantes, mala organización o ambiente social inadecuado (1).

La Organización Internacional del Trabajo (OIT), conceptualiza al estrés laboral como el conjunto de fenómenos que se suceden en el organismo del trabajador con la participación de agentes estresantes derivados directamente del trabajo o que, con motivo de éste, pueden afectar la salud del trabajador. Es un problema que afecta a la productividad, al causar daño en la salud física y mental de los trabajadores, se considera además como causa directa e indirecta de accidentes de trabajo, que afecta la organización laboral, el contexto social, familiar con repercusiones en el comportamiento del trabajador que van desde involucrarse en abuso de drogas, depresión, ansiedad, desordenes del sueño y trastornos alimenticios (2,5). A nivel mundial se reconoce al estrés laboral como un problema importante, especialmente en los profesionales de la salud que desarrollan su actividad en el ámbito hospitalario, debido a que el hospital es un área laboral que tiene mayor capacidad de generar estrés, por las altas demandas laborales y una escasa autonomía o control sobre sí mismo, lo que produce una tensión laboral residual que puede verse reflejada en múltiples indicadores de salud (6,7). El ambiente hospitalario es además un espacio donde se encuentra con relativa frecuencia equipos de trabajo indiferentes, apáticos, cansados, con manifestaciones de estrés, despersonalización y desmotivación, que generan algunas veces conflictos o insatisfacción.

Específicamente, los enfermeros constituyen el mayor grupo de trabajo dentro de un hospital. Deben emplear un tiempo considerable de intensa relación con personas que se encuentran en situaciones problemáticas y de necesaria intervención en crisis; ya sea por sus condiciones médicas o por sus demandas psicológicas. Este tipo de relaciones en muchas ocasiones derivan en eventos de intensa carga emocional para el enfermero, ya que es necesario controlarlas cuidadosamente para que la situación pueda ser resuelta de forma eficiente. En muchos de los casos estas situaciones tienen un desenlace negativo o fatal que es acompañado por sentimientos de frustración, temor, rabia o desesperación por parte del profesional (8). Diversos estudios reportan una alta prevalencia de estrés en estos profesionales, debido a la gran responsabilidad que tienen sobre la calidad y equilibrio de salud del paciente, el trato con ellos, así como los problemas de organización en el hospital. Destacan las afecciones cognitivas-afectivas hacia el entorno organizacional y sus pacientes, constituyendo este último un estresante de riesgo para la aparición de altos niveles de estrés, debido a que mantienen un contacto más directo con los pacientes al vivir el sufrimiento y muerte de los mismos (10-12). Estudios realizados en España, ponen de manifiesto que el estrés que sufren los enfermeros está relacionado con la presión laboral, la muerte y el sufrimiento, considerados como los principales factores con mayor capacidad para provocar estrés laboral. De igual forma, estudios realizados en enfermeros de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) en este mismo país mencionan que los mayores generadores de estrés son la carga de trabajo, la falta de personal y la antigüedad (13).

En Australia, enfermeros especialistas en Psiquiatría sufren de alto nivel de desgaste personal, presentando agotamiento emocional, despersonalización e identificando la carga de trabajo como el mayor estresor percibido (14). En México se comprobó que los enfermeros con jornadas laborales irregulares tienen mayores factores de estrés debido al cambio fisiológico alterado que presentan. Este se considera también como otro de los factores más importantes para generar estrés en estos profesionales (16). Otro estudio realizado en la ciudad de Guadalajara muestra la sobrecarga de trabajo, la falta de apoyo y el trato con familiares de los pacientes, como los principales generadores de estrés en esta población, presentando repercusiones negativas en su salud física y mental, tales como cansancio emocional, despersonalización y sentimientos negativos hacia su profesión (17). Tomando en consideración lo antes planteado y reconociendo que a pesar de que existen diversos estudios sobre el problema, es necesario profundizar en el conocimiento sobre el mismo a través de investigaciones que permitan corroborar o complementar la información existente, surge la inquietud de realizar esta investigación.

Objetivos

Determinar la percepción de estrés e identificar los principales estresores laborales que afectan actualmente a los enfermeros especialistas de un hospital de Córdoba (España).

Material y método

Diseño: Estudio descriptivo y transversal, realizado en enfermeras/os especialistas que trabajan en un hospital de Córdoba (España). La población de estudio incluía a 191 profesionales. El muestreo fue aleatorio simple con una muestra de 82 enfermeras/os. Se incluyó personal de ambos sexos, ser diplomado o graduado, turno y que aceptaran contestar el cuestionario. Para recabar la información se utilizó la Nursing Stress Scale (NSS), elaborada por Pamela Gray Toft y James G. Anderson en 2002, que mide la frecuencia con la que ciertas situaciones son percibidas como estresantes por el personal de enfermería hospitalario. Consta de **34 ítems** que describen distintas situaciones potencialmente causantes del estrés en enfermería; agrupados en siete factores, uno relacionado con el ambiente físico (carga de trabajo), cuatro con el ambiente psicológico (muerte y sufrimiento, preparación insuficiente, falta de apoyo e incertidumbre en el tratamiento) y dos relacionados con el ambiente social (problemas con los médicos y problemas con miembros del equipo de enfermería). En cada ítem las posibles respuestas son: nunca (0), a veces (1), frecuentemente (2), y muy frecuentemente (3), a mayor puntuación mayor nivel de estrés. La escala ha mostrado un coeficiente de fiabilidad entre 0,79 y 0,89, y en esta investigación se obtuvo un coeficiente de Alpha de Crombach de 0,84. En el aspecto ético la investigación se acogió al reglamento de la Ley General en materia de investigación para la salud (18), contó con la autorización del Comité de Investigación y Ética de la Facultad de Enfermería de Córdoba, y se obtuvo el permiso del director de la institución de salud para la aplicación del instrumento. **Procedimiento:** Para recopilar la información se acudió a la institución hospitalaria en los tres turnos, se localizó a los enfermeros seleccionados y se les abordaba dando a conocer en primer lugar el objetivo de la investigación. Para participar se le solicitaba su autorización mediante la firma del consentimiento informado; una vez otorgada la autorización se procedía a la aplicación del instrumento. El tiempo de recolección de los datos fue de 10 a 15 minutos por cada de enfermero. Recopilada la información, se realizó el análisis de los instrumentos en el paquete estadístico SPSS versión 17, donde se obtuvieron las frecuencias y porcentajes necesarios para nuestro estudio.

Resultados

Participaron 82 enfermeras(os), donde el 85,4% fueron mujeres y el 14,6% hombres. Con una edad promedio de 36 años, predominó el grupo de 31 a 40 años (34,1%). El 53,7% son enfermeros de nivel diplomado y 46,3% graduados en enfermería. La mayoría con más de 15 años de antigüedad

(46,3%) y con una jornada laboral de 8 horas diarias (92,7%). Al analizar los factores generadores de estrés por ambiente, se encontró que en el ambiente psicológico los dos estresores percibidos como los que generan más estrés, en el 29,3% de los enfermeros participantes, son la muerte y el sufrimiento e incertidumbre en el tratamiento (Anexo 1). Hallazgos que sitúan a estos profesionales como personas que realmente viven conflictos emocionales diarios, generados por el contacto que tienen con la muerte y el sufrimiento de las personas a las que proporcionan cuidado, que son profesionales sensibles y en muchas ocasiones son percibidos por los usuarios o familiares como personas poco sensibles a estos procesos.

Al analizar el nivel de estrés según género, antigüedad y el nivel de escolaridad, se encontró que el 73,3% de las mujeres se perciben con niveles de estrés, de forma más frecuente, en comparación con los hombres (26,7%). En relación a la antigüedad laboral, el grupo entre 11 y 15 años de antigüedad es el que reporta más estrés, situación que podía relacionarse con el paso de los años y con que conforme es mayor la experiencia laboral el nivel de estrés desciende en un 50% en comparación con el primer grupo.

Discusión

Los hallazgos de esta investigación permitieron conocer que el 99,2% de los enfermeros que participó en el estudio presenta algún nivel de estrés. Este dato coincide con un estudio realizado en Santander (7) el cual halla que el 94% de los enfermeros de su estudio presentaba algún grado de estrés. Este mismo estudio se menciona además que la sobrecarga laboral (40%) y el contacto con el dolor y la muerte (26%) fueron las principales situaciones generadoras de estrés en los enfermeros estudiados, hallazgo similar a lo encontrado en esta investigación, donde se identificó a la carga de trabajo (48,8%), así como la muerte y sufrimiento (29,3%) como los principales factores que generan estrés en los participantes. Este último dato es también similar a los resultados de diversos estudios realizados a enfermeros de hospitales en otros estados (17,19), así como en los enfermeros de la provincia de Alicante, en España (12). Lo cual pone de manifiesto que *indistintamente de la nacionalidad* de los enfermeros, están sufriendo situaciones de estrés que se manifiestan de la misma forma.

En lo referente a la antigüedad laboral, se encontró que el nivel de estrés fue disminuyendo conforme se incrementaban los años de antigüedad, hallazgo que difiere a lo encontrado en el estudio realizado en un grupo de enfermeras, donde los resultados mostraron que, a mayor edad, mayor probabilidad de presentar puntuaciones elevadas de estrés (16). En este mismo ambiente, la *preparación insuficiente* (17%) y la *falta de apoyo* (17%) se muestran como situaciones que también les generan estrés en nivel medio y alto, que, si bien no son percibidos por toda la población, vale la pena destacar, debido a que son situaciones que se pueden subsanar al interior de la institución de salud, que al atenderlos reducirían los factores generadores de estrés en estos enfermeros. Con respecto al ambiente social, se conoce que es en él, donde se producen una gran mayoría de situaciones que pueden generar estrés en los individuos. Situación que al parecer no sucedió con este grupo estudiado, ya que los resultados muestran que el conflicto con los médicos es percibido en nivel bajo (83%) por la mayoría de los participantes. En el ambiente físico, la carga de trabajo fue el factor que, desde la perspectiva de los enfermeros, es el que más influye para generarles estrés en el área laboral. Aspecto de gran relevancia debido a que, si esta situación permanece de forma continuada, puede provocar alteraciones en la adaptación laboral y personal de estos profesionales, generando probablemente altos niveles de ansiedad y sentimientos de incapacidad para sobrellevar su trabajo, lo que representa un factor de riesgo de patologías relacionadas con el desgaste profesional (16). En lo que respecta al nivel de escolaridad, no se observan grandes diferencias entre los diplomados (31,8%) y los graduados en enfermería (36,8%) en cuanto al "nivel de estrés muy frecuente". Dato que parece corroborar que es el entorno laboral el que somete a los profesionales de enfermería a niveles elevados de estrés.

Conclusiones

Con los datos obtenidos en este estudio fue posible conocer que los enfermeros de este hospital que participaron en la investigación presentan elevado nivel de estrés, generado por sobrecarga de trabajo o situaciones relacionadas con la muerte, sufrimiento e incertidumbre en el tratamiento de sus pacientes. Hallazgo que muestra la continua tensión a la que se ven sometidos al proporcionar cuidado a personas que se enfrentan a situaciones de lucha entre la vida y la muerte. Lo que nos hace percibirlos como personas estresadas, con sobrecarga de trabajo y sensibles al sufrimiento de los usuarios. Por todo ello se considera que se debe indagar más sobre el estrés en estos profesionales, que tienen bajo su responsabilidad el cuidado de personas que han perdido la salud, hasta su restauración o la muerte, dentro de instituciones donde muchas de las veces no hay preocupación por la salud de los cuidadores, lo que puede impedir el desarrollo de un sistema de salud de alta calidad. De ahí la importancia de realizar programas de apoyo psicológico y promoción de salud dirigidas al personal de enfermería en el interior de las propias instituciones de salud; con estrategias de afrontamiento que ayuden a disminuir el estrés laboral, apoyándonos en metodología cualitativa como recurso enfermero (20-21), lo que repercutirá en una mejor condición de trabajo y salud del profesional.

Agradecimientos

A todo el equipo que ha colaborado en este trabajo y, en especial, a todos los profesionales de AMFG que hacen posible el avance de nuestra profesión y a quienes nos ayudan a divulgar nuestros conocimientos. Gracias de corazón.

Contacto:

Raquel Alba Martín ✉ albaraquel409@gmail.com ☎ 617 820 118
Unidad de Salud Mental • Hospital Reina Sofía, Córdoba
C/ Hermano Bonifacio 3 • 14520 Fernán Núñez, Córdoba

Declaro

<ul style="list-style-type: none"><input checked="" type="checkbox"/> Que es un trabajo original.<input checked="" type="checkbox"/> Que no ha sido previamente publicado en otro medio.<input checked="" type="checkbox"/> No ha sido remitido simultáneamente a otra publicación.	<ul style="list-style-type: none"><input checked="" type="checkbox"/> La autoría ha leído y aprobado la versión final del manuscrito remitido, y por tanto no hay ninguna razón para introducir cambios en los mismos una vez iniciado el proceso de evaluación.<input checked="" type="checkbox"/> Que, en caso de ser publicado el artículo, transfieren todos los derechos de autor al editor, sin cuyo permiso expreso no podrá reproducirse ninguno de los materiales publicados en la misma.
---	---

Bibliografía

1. Mamani A, Obando R, Uribe AM, Vivanco M. Factores que desencadenan el estrés y sus consecuencias en el desempeño laboral en emergencias. Rev. Per. Obst. Enf. 2007; 3(1):50-57. [En línea] [Fecha de acceso: 14 de octubre de 2023]. URL disponible en: <http://revistas.concytec.gob.pe/pdf/rpoe/v3n1/a07v3n1.pdf>

2. Menzani G, Ferraz BE. Determinación de los factores de estrés de los enfermeros que actúan en una unidad de internamiento. *Enf. Global* 2005; 4(2):1-9. [En línea] [Fecha de acceso 1 de Julio de 2023]. URL disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/461/444>
3. Enamorado EJ, Somoza TC, Aronne LK, Romero SR. Identificación de estresores influyentes en pacientes del hospital escuela periodo de Abril-Mayo 2004. *Rev. Act.* 2005; 2(1):59-63. [En línea] [Fecha de acceso: 14 de agosto de 2023]. Disponible: <http://www.bvs.hn/RFCM/pdf/2005/pdf/RFCMVol2-1-2005-9.pdf>
4. Martín HP, Salanova MS, Peiró SJ. El estrés laboral: ¿Un concepto cajón-de-sastre? *Rev. Rel. Lab.* 2003; 10(11):1-17. [En línea]. URL disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=793102>
5. Más R, Escriba V, Cárdenas M. Estresores laborales percibidos por el personal de enfermería hospitalario. Un estudio cualitativo. *Arch. Prev. Ries. Labor.* 1999; 2(4):159-167. [En línea] [Fecha de acceso: 4 de junio de 2024]. URL disponible en: http://www.scsmt.cat/pdf/1999_n.4.originales.2.pdf
6. Juárez-García A. Factores psicosociales laborales relacionados con la tensión arterial y síntomas cardiovasculares en personal de enfermería en México. *Salud Pública Méx.* 2007; 49(2):109-117. [En línea] [Fecha de acceso: 14 de enero de 2024]. URL disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v49n2/a06v49n2.pdf>
7. Zambrano PG. Estresores en las unidades de cuidado intensivo. *Aquichan* 2006; 6(1):156-169. [En línea] [Fecha de acceso: 1 de julio de 2023]. URL disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74160116>
8. Novoa M, Nieto C, Forero C, Caycedo C, Palma M, Montealegre M, et al. Relación entre perfil psicológico, calidad de vida y estrés asistencial en personal de enfermería. *Univ. Psychol.* 2005; 4(1).
9. Casares González B, Lomba Pacheco A, Vidal Mosquera N, Guerra Rodríguez M, García Fernández H, Pérez Rodríguez M et al. Problemas de comunicación percibidos por las enfermeras. *Metas Enferm.* 2007; 10(5):26-30.
10. Quintero IL, Biela R, Barrera A, Campos-Arias A. Factores asociados a la satisfacción laboral en empleados de un hospital psiquiátrico de Bucaramanga, Colombia. *Duazary* 2008; 5(2):76-81. [En línea, acceso: 14-3-2024]. Disponible: http://www.imbiomed.com/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=53967&id_seccion=-2051&id_ejemplar=5470&id_revista=127
11. Herrera SR, Cassals VM. Algunos factores influyentes en la calidad de vida laboral de enfermería. *Rev. Cubana Enf* 2005; 21(1).
12. Ribera D, Cartagena P, Reig F, Romà F, Sans Q, Caruana V. Estrés laboral y salud en profesionales de enfermería. Estudio empírico en la provincia de Alicante. *Espagrac* 1993. [En línea] [Fecha de acceso: 14-2-2024]. URL disponible: <http://publicaciones.ua.es/filespubli/pdf/LD84790808176814482.pdf>
13. Montejano LR, Castilla RY, Romero MJ, Rodríguez BJ, Pérez LE, Cebria JA, et al. La experiencia como protección del estrés en los profesionales de enfermería. *Educare* 21 2008; 50. [En línea] [Fecha de acceso: 14-1-2024]. URL disponible en: <http://www.enfermeria21.com/revistas/educare/articulo/50021/>
14. Pinikahana J, Happel B. Stress Burnout and job satisfaction in rural psychiatric nurses: a Victorian Study. *Aust J Rural Health* 2004; 12(3):120-125.
15. Moreno-Fergusson ME. Evidencia científica y autonomía. *Aquichan*. Año 14 - Vol. 14, N° 2 - Chía, Colombia. Junio 2014.
16. Martínez-López C, López-Solache G. Características del síndrome de Burnout en un grupo de enfermeras mexicanas. *Medigraphic* 2005; 7(1):6-9. [En línea] [Fecha de acceso: 7 de julio de 2014]. URL disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2005/amf051c.pdf>
17. Loera M. Las enfermeras trabajan con estrés. *La gaceta* 2006. [En línea] [Fecha de acceso: 4 de enero de 2024]. URL disponible en: <http://www.gaceta.udg.mx/Hemeroteca/paginas/461/461-8.pdf>

18. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud. México: Secretaría de Salud; 1987. [En línea, Fecha de acceso: 1-7-2023]. URL disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>
19. Enríquez HC, Sánchez EA, Santos AS, Daberkow FC, Ruiz MM, Castellanos CE. Estresores laborales en personal de enfermería identificados mediante una escala de adaptación. Des Cientif. Enf. 2009; 17(3):110-112. [En línea] [Fecha de acceso: 1 de junio de 2024]. URL disponible en: http://www.artemisaenlinea.org.mx/acervo/pdf/desarrollo_cientifico_la_enfermeria/4Estresores.pdf
20. Amezcua Manuel. El trabajo de campo etnográfico en salud: una aproximación a la observación participante. Index de Enfermería. 2000; IX (30): 30-35.
21. Bogdan, Robert; Taylor, Steven J. Introduction to qualitative research methods: a phenomenological approach to the social sciences. New York: J.Wiley, 1975.

“La mente más sabia siempre tiene algo que aprender”.
Jorge Santayana (*Razón y sentido común*, 1923).

- Recibido: 23/07/2024.
- Aceptado: 15/10/2024.

Cambios en la función paterna. Acerca del malestar en la cultura actual.

Changes in paternal function. About the malaise in today's culture.

Ignacio Lafalla.

Licenciado en Psicología por la Universidad del Aconcagua, Argentina. Máster en actuación clínica en psicoanálisis y psicopatología por la Universidad de Barcelona, España. Analista en formación en la Asociación Psicoanalítica Argentina. Representante de Centro Racker.

“Mi punto de vista es que este eclipse no es señal de una mera crisis provisional de la función paterna, destinada a hacer hueco a su eventual recuperación. Relanzar el tema del ocaso de la imago paterna no significa añorar el mito del padre-amor. Personalmente, no siento la menor nostalgia por el pater familias. Su tiempo está irremisiblemente acabado, agotado, ha caducado. El problema, por lo tanto, no estriba en cómo restaurar su antigua y perdida potencia simbólica, sino más bien en interrogar lo que queda del padre en la época de su disolución.”

Massimo Recalcati (2014, pp. 11-12).

Resumen: El presente artículo busca hacer un análisis social psicoanalítico centrado en los cambios de la función paterna y en el malestar de la cultura actual a partir de los cambios epocales que se identifican. Se plantea un recorrido desde las sociedades en las que predominaba la represión hasta la caída del nombre del padre en los tiempos actuales. Además, interrogará acerca de qué podemos hacer los psicoanalistas ante estos desafíos.

Descriptor: Nombre del padre / Sociedad.

Abstract: This paper aims at a social psychoanalytical analysis focused on the father's role and on the discomfort of the current culture due to the changes we are currently experiencing. It includes a journey from the societies where repression was dominant to the fall of the name of the father in current times. It will also interrogate about what we can do as psychoanalysts when facing these types of challenges.

Keywords: Name of father / Society.

Resumo: Este artigo procura fazer uma análise social psicanalítica focada nas mudanças na função paterna e no desconforto da cultura atual a partir das mudanças de época que são identificadas. Inclui uma viagem pelas sociedades em que predominava a repressão até a queda do nome do pai nos tempos atuais. Também perguntará sobre o que os psicanalistas podemos fazer diante desses desafios.

Palavra chave: Nome do pai / Sociedade.

El presente artículo buscará hacer un análisis social centrado en el malestar en la cultura actual a partir de los cambios epocales que atravesamos. Además, interrogará acerca de qué podemos hacer los psicoanalistas ante esto.

En lo que va del siglo XXI atravesamos cambios sociales y encontramos grandes diferencias con lo que era la sociedad occidental en las centurias precedentes. Podemos pensar que en los órdenes sociales

anteriores reinaba la represión como uno de los procesos psíquicos más importantes. En dichas sociedades, el discurso teológico, el autoritarismo y el ejército eran considerados como elementos centrales, en los que el estricto y riguroso disciplinamiento estaba en el núcleo del discurso social.

Hace más de cien años, entre exilios y guerras, Sigmund Freud indagó sobre los procesos del funcionamiento psíquico como los deseos reprimidos, la represión propiamente dicha, el inconsciente.

El pionero del psicoanálisis comienza investigando desde lo manifiesto para buscar en lo latente. Ahí define al síntoma como una formación de compromisos y afirma que este surge de un juego de fuerzas entre lo consciente y lo inconsciente, aquello está en nuestra psique, pero no podemos recordar en un momento dado y se sitúa bajo la barrera de la represión. Dicho juego busca evitar el cumplimiento del deseo reprimido del sujeto, que puede producirle discrepancia con el mundo externo. Freud lo denomina "formación de compromisos" ya que las pulsiones siempre van a estar comprometidas en aspirar a vencer a la represión e intentar cumplir esos deseos, por más resistencia que implique la represión. En esa insistencia que forma la pulsión por sortear la represión es que se forma el síntoma. Si se analiza esta dinámica de luchas entre lo interno y externo, aparecen los síntomas, que pueden ser pensados en las sociedades actuales.

En épocas anteriores reinaba la represión como proceso psíquico y social, ya que el autoritarismo prohibía las diferencias: el poder se encontraba en sistemas verticales concentrado en la iglesia, ejército, profesor, el padre en la familia. El verticalismo y el autoritarismo represor favorecían el funcionamiento del status quo rígido de la época, el cual era uno de los mayores impulsores de la gestación de gran parte del malestar mental, social y en la cultura.

Se ha dado un tumbó grande en todos estos ideales. Hoy vivimos en una sociedad en la que gobiernan otros intereses y mandatos, tales como: "todo es posible", "disfrute lujurioso". Ya el poder no está en instituciones, ni profesores y el padre se transforma en un par, borrando la diferenciación jerárquica y generacional. Se afirma que la satisfacción tiene que ser inmediata y total. ¿Por qué vamos a sufrir o esperar por algo si ese sufrimiento puede ser rápidamente anulado o esa espera fácilmente sustituida por algo de la inmediatez?

A raíz de estas preguntas se puede advertir que estos mandatos también generan síntomas, ya que el malestar no se gesta solo en la represión, sino también en el exceso de disfrute. Ese sin límites al deseo, de que todo es reemplazable, es impulsado y construido desde algún lugar que nos promete y nos hace caer en la trampa de que podemos encontrar la felicidad absoluta y constante. Como si Eros pudiera coexistir sin Tánatos, sin ver que, uno sin el otro, no serían posibles. Así como el frío extremo quema, el exceso de pulsión de vida pasa a ser pulsión de muerte.

Estos interrogantes muestran un declive de la función paterna, concepto desarrollado por Freud para formular su teoría de la constitución psíquica y función imprescindible que opera (entre otras cosas) en forma de límite. Maniobrar dicho funcionamiento nos permite organizarnos o no psíquicamente y entender que no todos es posible para el ser humano.

Vivimos con limitaciones que nos angustian, debemos amigarnos a ellas y comprender que siempre nos va a faltar algo por nuestra mera condición de ser humanos. Franco Yago sostiene: "Como todo límite, dan forma, contornean, definen un espacio. Son límites al servicio de Eros. Estructuran la psiquis, pero también están al servicio de la estructuración de la vida social" (2014).

Aquí donde nos falta algo es donde vamos a poder desear y esos deseos van a ser lo que motorice nuestras vidas. Dadas las características de los órdenes sociales actuales, se ha producido un declive en la función paterna, ya que la importancia sobre esta función fundante de nuestro inconsciente, pierde cada vez más valor producto de los intereses sociales actuales. El psicoanalista Massimo Recalcati afirma que "la autoridad simbólica del padre, ha perdido peso, se ha eclipsado, ha llegado irremisiblemente

a su ocaso [...] [Se trata de] padres en contumacia, que se ven eclipsados o convertidos en meros compañeros de juego de sus hijos" (2014, pp. 11).

El consumismo material y virtual tapa nuestras angustias. Compramos para aplacar sentirnos "mal"; cuando no se puede contener emocionalmente a un menor, es frecuente regalarle algo material. Debemos estar actualizados en marcas y modelos de distintas cosas materiales (celulares, autos, etc.) para no sentirnos fuera de la sociedad. Recurrimos a *followers* y *likes* en redes sociales como manera de alimentar el narcisismo. Renata Salecl enmarca estos fenómenos en el sistema social: "las angustias que se relacionan particularmente con la sociedad contemporánea están ligadas a nuevos sentimientos de inseguridad que nacen de la naturaleza del capitalismo moderno" (2018, pp. 81). En una línea similar piensa Byung-Chul Han, que sostiene que "el sujeto actual es demasiado vital para morir y está demasiado muerto para vivir" (2017, pp. 102).

Ante estos ejemplos esa función de límite que nos encuentra con nuestra propia angustia, se ve desfigurado, cayendo así en una sensación ilusoria e insostenible de completud, del todo es posible o el sin límites, ya sea para disfrutar, para trabajar, para dar *match* con múltiples "parejas", como también para consumir.

Pero ¿qué pasa cuando estas reglas del capitalismo caen y el límite inevitable se presenta? Es ahí cuando se produce un fuerte choque con lo humano. "En lo profundo de la psique se ha producido una compleja operación que impone una ecuación que dice que consumir de ese modo es bueno y conduce a la felicidad, felicidad que en esta época queda ligada a ser completo, completud que, a su vez, se significa como ligada a lo ilimitado. Si el sujeto consume ilimitadamente, puede llegar a la completud" (Yago, 2014).

¿Se puede alcanzar ese estado permanente de plenitud? Más bien va a ser del orden de la fantasía, no va a abandonar la ficción psíquica y es aquí cuando nos sorprendemos frente a la tan temerosa, demonizada e inesperada angustia. Se nos presentan nuestros síntomas cuando ya no podemos continuar tapándonos con consumo material o redes sociales. "La civilización oscila entre la angustia porque falta la falta, 'No les falta nada, tienen de todo'" (Fernández Blanco, 2009).

Se han instalado ideales sociales que nos prometen ese estado acabado imposible de lograr, sin límites ni faltas, pero en busca de la felicidad constante, ¿encontramos felicidad o sufrimiento?, al buscar el bienestar: ¿no encontramos malestar?

Como en otras épocas el malestar era gestado de un exceso de represión y autoritarismo, hoy lo construye el freno a la demasía de satisfacción. Actualmente nos encontramos dentro de un discurso donde el principio de placer es imperioso, el goce no tiene límites y va todo más "allá del principio de placer". No se busca el placer, sino el exceso de él. Este "goce" se coloca sobre el síntoma, un goce caprichoso, acéfalo e irresponsable. Fernández Blanco nos dice: "el sujeto actual demanda al mercado, a la ciencia y a los poderes públicos que cumplan su promesa de felicidad" (2009).

Se coloca al consumo en el lugar del ideal que todo lo puede y todo lo calma. Nos encontramos frente al fracaso del principio del placer. "El principio del placer incluye el límite, busca la homeostasis, para que el placer pueda ser duradero. El hedonismo empuja a ir más allá del límite, más allá del principio del placer. Ese más allá Lacan lo denominó 'goce'. El placer es beber un vaso de vino, el goce es beber toda la botella" (Fernández Blanco, 2009).

Cuesta encontrar en nuestra sociedad actual ideales que limiten, que actúen de función paterna, siendo en los casos más apocalípticos el cuerpo y hasta la muerte los límites que se encuentran. Hablamos de casos como los coma alcohólicos en lo que se bebe hasta que el cuerpo llegue a un estado de descomposición absoluta, muertes por sobredosis de drogas, muertes por exceso de velocidad en automóviles combinado con tóxicos. Ignorar nuestros propios límites, se expone nuestro cuerpo y

mente a riesgos extremos. Los efectos que se pueden identificar son: “hiperactividad, insomnio, patologías psicosomáticas, estados de angustia sin objeto (a veces ligado a los llamados ataques de pánico), anorexias y bulimias, adicciones. Un estado de insatisfacción que hace que el sujeto se sienta permanentemente en falta y así reinicie el circuito adquiriendo aquello que lo completaría” (Yago, 2014).

Podríamos pensar que esa cesión al más allá del principio de placer no es un reclamo nostálgico al autoritarismo de sociedades pasadas, sino que hoy hay un fuerte cambio social que nos pone frente a temáticas, síntomas, sufrimientos y fundamentalmente a una clínica nueva y distinta.

Como psicoanalistas, tenemos mucho que hacer y aportar a la sociedad, una sociedad que no se detiene a pensar (ni sus emociones ni su cuerpo), no da lugar al tiempo de duelo, ni a elaborar sus dolores mentales. El psicoanálisis tiene mucho para aportar al malestar de la cultura actual, pero debe aggiornarse a pacientes con otros funcionamientos psíquicos y motivos de consultas que no se adaptan al encuadre ortodoxo.

Contacto: Ignacio Lafalla ✉ lafallaignacio@gmail.com

Referencias bibliográficas

- Asociación Psicoanalítica Argentina (2014). *Diccionario de Psicoanálisis Argentino*. Buenos Aires.
- Byung-Chul Han (2017). *La sociedad del cansancio*. Barcelona: Herder.
- Bion, W. ([1962]-1987) *Aprendiendo de la experiencia*. México DF, México: Editorial Paidós.
- Fernández Blanco, M. (2009). *El estilo adictivo de las sensibilizaciones actuales*. Recuperado 22 junio de 2024, de <https://www.adafad.org/pdf/viiijornada/ponencia4.pdf>
- Freud, S. (1920). *Más allá del principio de placer*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1921). *Psicología de las masas y análisis del yo*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (2006). *El malestar en la cultura*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Lafalla, I. (2023). Derivaciones actuales y expectativas del terapeuta. *Moción, El Yo y el Ello* (39), 145-152.
- Recalcati, M. (2014). *El complejo de Telémaco*. Barcelona: Anagrama.
- Salecl, R. (2018). Éxito en el fracaso: el hipercapitalismo se apoya en los sentimientos de inadecuación. En: *Angustia* (pp. 81-89). Buenos Aires: Godot.
- Winnicott, D. (1993). De la dependencia a la independencia en el desarrollo del individuo. En: *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*. (pp. 99-110). Buenos Aires: Paidós.
- Winnicott, D. (1967). El concepto de individuo sano. En: *Conferencia pronunciada en la División de Psicoterapia y Psiquiatría Social de la Real Asociación Médico-Psicológica*.
- Yago, F. (2014). La sociedad sin límites. *Página 12*. Recuperado de: <https://www.pagina12.com.ar/diario/psicologia/9-239702-2014-02-13.html>

- Recibido: 30/10/2024.
- Aceptado: 20/12/2024.



HISTORIA

Hace ya algún tiempo: Las primeras cátedras universitarias de Psiquiatría españolas. Desde la II República al inicio de la Democracia (1933-1977).

Some time ago: The first Spanish university chairs of Psychiatry. From the II Republic to the beginning of Democracy (1933-1977).

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

Ana Conseglieri Gámez. Psiquiatra. Hospital Universitario Infanta Cristina. Parla. Madrid.
Sección de Historia de la AEN.

Olga Villasante Armas. Psiquiatra. Hospital Universitario Severo Ochoa. Madrid.
Sección de Historia de la AEN.

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

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

Óscar 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 estudia el desarrollo histórico de las cátedras de Psiquiatría en las facultades de Medicina españolas desde su creación en la II República (1933) y hasta la llegada de la Democracia (1977), algo que creemos inédito. Las fuentes primarias han sido obtenidas de las diversas convocatorias oficiales publicadas a lo largo de más de cuarenta años. Se analizan un total de 38 diferentes convocatorias a cátedras, encontrándose que ejercieron el puesto 16 catedráticos numerarios y al menos 2 profesores no numerarios, así como 11 ciudades distintas donde se tomó posesión de la plaza.

Palabras clave: Cátedras de psiquiatría españolas, Catedráticos de Psiquiatría españoles, Psiquiatría universitaria española, Historia de la Psiquiatría española.

Abstract: We studied the historical development of Psychiatry chairs in the Spanish Medical schools from their inception during the II Republic (1933) until the advent of Democracy (1977), a topic we consider has been unapproached. The primary sources have been the different calls for chairs published over more than forty years. A total of 38 competitive examinations for professorships are analyzed, finding that 16 full professors and at least 2 non-full professors held the position, taking up positions in 11 different cities.

Key words: Spanish Psychiatry chairs, Spanish full professors of Psychiatry, Spanish University Psychiatry, History of Spanish Psychiatry.

Introducción

Presentamos el desarrollo histórico de las cátedras de Psiquiatría en las facultades de Medicina españolas desde su creación y hasta la llegada de la Democracia. Hemos encontrado varias referencias a las dos primeras de ellas: la de Barcelona, ocupada en 1933 y la de Madrid, que también comenzó su andadura en 1933 aunque finalizó casi catorce años después, en 1947¹⁻¹¹, pero las reseñas que hemos obtenido sobre los siguientes concursos son más escasas y breves^{5-8,12-16}.

Delimitar el inicio del trabajo resulta fácil, debido a que el proceso comenzó durante la II República. Más complejo es concretar el final de la investigación, dadas las disquisiciones sobre si la Democracia comenzó tras la proclamación del rey Juan Carlos de Borbón en 1975 o si esto fue el comienzo de una "Transición", la cual llegaría según unos hasta las primeras elecciones democráticas en junio de 1977 y según otros hasta la implantación de la Constitución española en diciembre de 1978, o incluso hasta octubre de 1982 con la victoria socialista en las elecciones generales¹⁷⁻¹⁹. Debido a ello hemos optado por una posición intermedia, abarcando las cátedras que se ocuparon hasta el 31 de diciembre de 1977 y excluyendo, por tanto, las que se cubrieron posteriormente, aunque su convocatoria se hubiese publicado antes de dicha fecha. Además decidimos delimitar así la investigación porque a partir de 1977 comenzaron a gestarse importantes cambios legislativos que fueron transformando el sistema de acceso a las cátedras universitarias^{20,21}.

Metodos y fuentes

Los resultados podían presentarse de varias maneras. El orden cronológico era el más sencillo (Tabla 1) pero implicaba cierta confusión, debido a que algunas plazas se convocaron conjuntamente, otras se unificaron después de convocarse, varias quedaron desiertas y volvieron a salir, etc. Por ello, se ha optado por describir el desarrollo en relación con las ciudades donde se convocaron las cátedras y continuar su línea de ocupación a lo largo del tiempo estudiado (1933-1977) (Tabla 4). De esta manera cada ciudad es analizada de manera independiente, presentándose secuencialmente las diferentes convocatorias y los profesionales que las ganaron.

No obstante, ha sido inevitable cierta repetición del texto cuando las cátedras se convocaron conjuntamente para varias ciudades, ya que estos concursos tuvieron idénticos candidatos, fechas y tribunales. También señalamos que, en aras de una menor prolijidad, no se han detallado las nóminas de los candidatos ni las de los tribunales de las diversas convocatorias, aunque muchas de ellas pueden consultarse en los enlaces al BOE correspondiente. Finalmente indicamos que cuando los análisis finalizan antes del periodo límite del estudio se debe a que el último profesor que ocupó la cátedra continuó ejerciéndola al menos hasta entonces. En todo caso, para sintetizar el trabajo se han realizado varias tablas al final del texto (Tablas 1-4).

Para el análisis hemos intentado seguir un esquema documental homogéneo de acuerdo con criterios establecidos²² y por ello se han considerado como fuentes primarias las obtenidas de las bases de datos electrónicas que ofrece el BOE y la colección histórica de sus antecesores²³⁻²⁵, las cuales ocupan la mayor parte de nuestras referencias. Los métodos de búsqueda han sido los siguientes:

Fechas: 1 de enero de 1661 -que es cuando puede comenzar a consultarse la documentación- a 31 de diciembre de 1977, ambas incluidas.

Palabras clave principales: "Cátedra de Psiquiatría", "Psiquiatría", "Psiquiatra", "Alienista", "Alienado", "Enfermedad mental", "Enajenación mental" y "Enagenación mental".

Palabras clave accesorias: Han sido de gran ayuda la nómina de los opositores que se presentaba a cada concurso, ya que muchas veces permitía seguir su actividad docente a través del BOE. En numerosas ocasiones también se han usado, si bien en búsquedas de periodos limitados de tiempo, el nombre de las ciudades estudiadas o la palabra "cátedra" de manera aislada.

Pero a pesar de todo no hemos podido encontrar las fuentes primarias fundamentales en cuatro plazas, por lo que se ha completado la información con fuentes secundarias. Se trata de las cátedras de Murcia (1975), Madrid (1977), Salamanca (1977) y Sevilla (1977), todas ellas obtenidas por concursos de traslado.

Las cátedras de psiquiatría en las facultades de medicina españolas

Al menos desde finales del siglo XIX fueron numerosas las demandas que, desde diferentes ámbitos, exigieron la creación de cátedras específicas para las enfermedades mentales en las facultades de Medicina^{3,10,26-28}, ya que la docencia universitaria de la Psiquiatría se realizaba conjuntamente con la de Neurología, dentro de la denominada "Neuropsiquiatría", y además no era autónoma sino que estaba generalmente integrada en otras cátedras (Patología Médica, Medicina Legal, etc.), dictándose habitualmente como asignatura del doctorado^{10,26}.

La primera referencia específica que encontramos se refiere a Madrid y nos la da un trabajo de Antonio Rey y Enrique Jordá: *"La primera cátedra de Psiquiatría en la Universidad española del siglo XIX: La "contribución" de Manuel Soler y Espalter"*²⁹; relatando el que parece ser el primer intento formal de establecer una cátedra para el estudio de las enfermedades mentales, a cargo del médico catalán Manuel Soler y Espalter (1810-1878); si bien su creación no llegó a buen puerto y el candidato no ejerció nunca el puesto solicitado, aunque acabó siendo catedrático de Cirugía en 1854. En curiosa similitud, otro catedrático de Cirugía, Juan Giné y Partagás (1836-1903), fue una de las figuras más relevantes para nuestra Psiquiatría, al ser el primero en publicar un texto monográfico en España sobre las enfermedades mentales, en 1876. Además, Juan Giné Partagás fue director del manicomio de "Nueva Belén" (San Gervasio de Cassolas, Barcelona) donde dictaba unas lecciones de "Frenopatía" primero dirigidas a estudiantes de Medicina, pero cuyo éxito acabaron convirtiéndolas en una especie de "cátedra libre" de Psiquiatría^{27,28}. Culminó su obra con la fundación, en 1881, de la "Revista Frenopática Barcelonesa"-que se convirtió en la principal referencia española de la época- y con la organización del "Primer Certamen Frenopático Español" (1882), consagrado como el primer congreso de Neuropsiquiatría en nuestro país²⁸.

Sin embargo, no es hasta el siglo siguiente -obviando por cuestiones de espacio importantes figuras intermedias²⁷- cuando la creación de una cátedra de Psiquiatría en Barcelona en 1933 durante la autonomía de Cataluña y adjudicada a Emilio Mira López (1896-1964), le otorgó a esta ciudad y profesor la primacía de la docencia oficial de la Psiquiatría universitaria en España¹⁻³. En paralelo, el mismo año se creó en Madrid la primera cátedra convocada a concurso-oposición³⁰, aunque su proceso finalizó en 1947. En el 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, ubicada en el sexto curso de la carrera³¹. Sin embargo, la Guerra Civil impidió el desarrollo de la normativa, con la efímera excepción durante unos meses en la Facultad de Medicina de Bilbao -como se verá- y en la práctica la situación no se normalizó hasta años después, cuando se publicó el decreto de 7 de julio de 1944 sobre "Ordenación de la Facultad de Medicina", cuya peculiar introducción nos ha sorprendido por su lirismo³².

Barcelona: *Emilio Mira López (1933), Ramón Sarró Burbano (1950) y Juan Obiols Vié (1971).*

En septiembre de 1932 se aprobó el Estatuto de Autonomía de Cataluña³³, el 2 de junio de 1933 se decretó la autonomía de la Universidad de Barcelona³⁴ y el 7 de septiembre se creó la "Universidad Autónoma de Barcelona"³⁵, permitiendo todo ello la modificación de los claustros universitarios³⁶. Dentro de la Facultad de Medicina los "catedráticos" eran los profesores de mayor rango, con derechos adquiridos por oposición previa y pasaron a denominarse "profesores numerarios", los "agregados" eran los profesores nombrados directamente por la facultad en base a sus méritos y prestigio y además

había otras cuatro categorías de profesores: ayudantes, libres, encargados de curso y honorarios³⁵. El nombramiento de profesores “libres” correspondió principalmente a los jefes de servicio de los hospitales, sobre todo los del “San Pau”³.

En lo que compete a la Neuropsiquiatría, esta asignatura dejó de enseñarse en la cátedra de Medicina Legal para escindirse en dos independientes: una de Neurología, otorgada a Belarmino Rodríguez Arias (1895-1997)³⁶ y otra de Psiquiatría, adjudicada a Emilio Mira López¹⁻³. Para colaborar en la docencia de esta última se nombraron varios profesores ayudantes por oposición y uno de ellos fue Ramón Sarró Burbano (1900-1993), de quién nos ocuparemos más tarde^{3,37}. Ciertamente la cátedra de Psiquiatría de Barcelona regentada por Emilio Mira López resultó ser la primera de la especialidad creada en nuestro país; detentándola como profesor “agregado” por votación unánime del claustro^{1-3,36}, lo que explica que este profesional no figurase en el escalafón de catedráticos numerarios de 1935³⁸. No hemos podido averiguar si previamente a la elección claustral hubo una convocatoria oficial de concurso de méritos. No lo parece³⁶, pero dado el prestigio nacional de Emilio Mira López en aquella época^{1,2} es de suponer que, aunque así fuera, el concurso no hubiera modificado el resultado de la elección. Según la documentación recogida por Montserrat Mira -hija de Emilio Mira López- y por Antoni Cortiñas, el profesor ejerció esta plaza desde el 4-10-1933 hasta el 18-8-1936, siendo luego nombrado “profesor extraordinario” de la Facultad de Medicina desde el 19 de agosto de 1936, ya en plena Guerra Civil¹. Emilio Mira López abandonó Barcelona hacia el exilio el 25 de enero de 1939, extinguiéndose con ello su docencia en Cataluña². Tras residir y continuar su actividad académica en varios países, su destino final fue Brasil, a donde llegó en 1945 y donde falleció el 16 de febrero de 1964^{1,2,39}.

La cátedra de Barcelona se volvió a dotar en enero de 1948⁴⁰, a resultas de lo cual en febrero de 1948 se convocó de manera conjunta y en turno único el concurso- oposición a las cátedras de Barcelona y Salamanca^{41,42}. En julio de 1949 fue publicado el listado definitivo de opositores admitidos⁴³ y en noviembre se nombró el tribunal⁴⁴. Los ejercicios se iniciaron el 13 de abril de 1950⁴⁵ y tras ellos el mencionado Ramón Sarró Burbano obtuvo, el 18 de mayo de 1950, la plaza de Barcelona⁴⁶.

Este profesor se jubiló en noviembre de 1970³⁷; por lo que el 1 de diciembre de 1970⁴⁷ se convocó la cátedra a concurso de traslado y el 24 de abril de 1971 se hizo pública la comisión para juzgar el traslado⁴⁸. No hemos encontrado en el BOE el listado de opositores que se presentaron al concurso y aunque un autor³⁷ refiere ciertas peculiaridades en el procedimiento, el 6 de julio de 1971 se nombró a Juan Obiols Vié (1918-1980) catedrático de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona⁴⁹. Juan Obiols Vié era catedrático de Santiago de Compostela desde el año anterior⁵⁰ y ejerció como titular de Barcelona hasta fallecer el 17 de julio de 1980, semanas antes de cumplir 62 años y mientras se encontraba visitando profesionalmente a Salvador Dalí Domènech (1904-1989), en la casa que el famoso pintor tenía en Port Lligat (Cadaqués, Gerona)⁵¹.

Madrid: *Antonio Vallejo Nágera (1947), Juan José López Ibor (1960) y Francisco Alonso Fernández (1977).*

La primera referencia oficial a una cátedra de Psiquiatría por concurso-oposición tiene su origen en julio de 1933, cuando una orden del Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes creó la de Madrid³⁰, convocándose por vez primera en noviembre del mismo año⁵². No nos extenderemos aquí en su desarrollo, ya que su análisis detallado ha sido objeto de otro trabajo⁵³, pero sí queremos señalar que su cobertura fue enormemente compleja. Baste decir que tardó prácticamente catorce años en cubrirse, tras seis convocatorias y tres tipos distintos de concurso (oposición, traslado y extraordinario); siendo declarada desierta en cuatro ocasiones y dejándose inédita en otra⁵³. Finalmente, el 25 de febrero de 1947, Antonio Vallejo Nágera (1889-1960) fue nombrado oficialmente primer catedrático numerario de Psiquiatría de la Universidad española⁵⁴, en dura y vieja pugna con el entonces catedrático de Medicina Legal, Juan José López Ibor (1906-1991)^{4,7,11}.

Antonio Vallejo Nágera se jubiló de su cátedra el 20 de julio de 1958⁵⁵. El 24 de diciembre dicha plaza salió convocada a concurso de traslado⁵⁶. Sin embargo, la comisión para resolverlo no se publicó hasta

un año y medio más tarde, en junio de 1960⁵⁷. Los dos candidatos que solicitaron la plaza⁵⁸ fueron Román Alberca Lorente (1903-1967), catedrático de Psiquiatría en Valencia desde 1950⁵⁹ y Juan José López Ibor, en excedencia de la cátedra de Psiquiatría de Salamanca desde septiembre de 1953⁶⁰. El 3 de octubre de 1960⁶¹ el concurso se resolvió a favor de Juan José López Ibor, lo que motivó un recurso de Román Alberca Lorente que finalmente fue desestimado⁶²; aunque en relación con el procedimiento existieron varias discrepancias de las que nos hemos ocupado previamente⁵⁹.

Juan José López Ibor ejerció la titularidad de Madrid hasta su jubilación, en abril de 1976^{4,63,64}. El 22 de mayo del mismo año se publicó la resolución que convocaba a concurso de traslado la cátedra de la Universidad Complutense⁶⁵ y la comisión encargada de juzgarlo se nombró el 26 de noviembre de 1976⁶⁶. Aunque no hemos encontrado los datos del BOE sobre el desarrollo del concurso, en las páginas biográficas de la Real Academia Nacional de Medicina sobre Francisco Alonso Fernández (1924-2020)^{67,68} -que era catedrático de Sevilla desde 1970⁶⁹- se indica que este profesor obtuvo la cátedra de Madrid en 1977. Al margen, el 20 de julio de 1977⁷⁰ se publicó un tribunal para juzgar unas plazas de profesores adjuntos de Psiquiatría universitarios y Francisco Alonso Fernández figuraba como vocal suplente del mismo, con la mención expresa a que entonces era ya catedrático de la Universidad Complutense de Madrid; lo cual supone que para dicha época había obtenido el traslado. Este se tuvo que producir entre finales de 1976 y principios de abril de 1977, cuando salió a concurso de traslado la cátedra de Sevilla que él habría dejado vacante⁷¹. Francisco Alonso Fernández continuó ejerciendo la cátedra tras su jubilación en 1990, al ser nombrado catedrático emérito con carácter vitalicio^{67,68}.

Bilbao: Rodrigo González Pinto (1936).

La enseñanza de las asignaturas de Psicología Médica y Psiquiatría también se desarrolló en el País Vasco, si bien su duración fue breve. La Facultad de Medicina de la Universidad Vasca se creó en plena Guerra Civil, publicándose sus bases principales en noviembre de 1936⁷², al mes siguiente de haberse aprobado el Estatuto de Autonomía del País Vasco⁷³⁻⁷⁵.

Desde diciembre de 1936 la Facultad se instaló en el bilbaíno hospital de Basurto y las mencionadas asignaturas se ubicaron en el sexto curso de la carrera^{72,75}. El 22 de noviembre se abrió un concurso de méritos para elegir al profesorado⁷² y tras ello, el 18 de diciembre de 1936, el consejero de Justicia y Cultura del Gobierno Vasco encargó oficialmente a Rodrigo González Pinto (1893-1974) la docencia de Psicología Médica y Psiquiatría⁷⁶⁻⁷⁸. Parece que este profesor elaboró el programa de sus asignaturas tomando como modelo el de Emilio Mira López en Barcelona, lo que no es de extrañar al ser esta la primera cátedra ejercida en el país⁷⁵.

Se estableció que para el curso 1936-1937 el nombramiento del profesorado tendría carácter "temporal", inicialmente hasta el 30 de septiembre de 1937⁷², con la idea de realizar posteriormente un concurso para proceder a cubrir las plazas⁷⁵. Pero lamentablemente y por motivos extraacadémicos, el profesorado finalizó su labor en junio de 1937, tras conquistar las tropas franquistas la ciudad de Bilbao y derogarse el Estatuto de Autonomía del País Vasco^{75,79}.

Salamanca: Román Alberca Lorente (1950), Juan José López Ibor (1953), Francisco Llavero Avilés (1959), Juan José López-Ibor Aliño (1973) y Matías Alfonso Ledesma Jimeno (1977).

La cátedra de Psiquiatría de Salamanca se había dotado en febrero de 1947⁸⁰. Como hemos señalado, a propósito de Barcelona, la de Salamanca se convocó por primera vez de manera conjunta con aquella, en febrero de 1948^{41,42}. El ganador de la de Salamanca fue Román Alberca Lorente⁴⁶, director del manicomio de Murcia desde el año 1928⁸¹. Sin embargo, nunca llegó a ejercer en la ciudad castellana, pues en junio de 1950, una semana después de tomar posesión en Salamanca⁸², se dotó la cátedra de Valencia⁸³, la cual se convocó a concurso de traslado el 26 de julio de 1950⁸⁴, ganando Román Alberca Lorente el nombramiento el 23 de octubre de 1950⁸⁵.

Esto provocó que la plaza castellana quedase vacante y fuera convocada a concurso de traslado a finales de 1950⁸⁶, el cual quedó desierto como era de esperar⁸⁷, pues entonces solo existían tres catedráticos de Psiquiatría en España: Antonio Vallejo Nágera, Ramón Sarró Burbano y Román Alberca Lorente y los dos únicos que podían optar a un traslado estaban asentados en las ciudades que deseaban: Antonio Vallejo Nágera en Madrid y Ramón Sarró Burbano en Barcelona (ver Tablas 2 y 3).

En realidad sí que hubo un aspirante, aunque no cumplía las condiciones. El BOE⁸⁷ no señalaba quien fue, pero en su resolución especificaba que a dicha persona le atañía una orden ministerial de 1949, que prohibía que los catedráticos de Medicina Legal optasen a los concursos de traslado de las cátedras de Psiquiatría⁸⁸.

Por otro lado, desde enero de 1948⁴⁰ estaba ya dotada la cátedra de Granada, pero la misma no se había convocado. Dada la situación, en febrero de 1951 salieron a oposición de manera conjunta las cátedras de Granada y Salamanca⁸⁹. El 17 de junio de ese año se publicó la lista de aspirantes definitivamente admitidos⁹⁰. El desarrollo de la convocatoria se demoró, ya que en diciembre de 1951⁹¹ y debido a normativas administrativas se abrió un nuevo plazo de solicitud de aspirantes y en abril del año siguiente volvió a salir otra lista definitiva de admitidos⁹², la cual se amplió dos meses más tarde, tras publicarse una resolución de la Dirección General de Enseñanza Universitaria, admitiendo a un último aspirante⁹³. El tribunal se nombró en septiembre de 1952⁹⁴ y se convocó a los opositores para comenzar los ejercicios el día 25 de noviembre⁹⁵. Tras ellos, el 18 de enero de 1953 se adjudicó la cátedra salmantina a Juan José López Ibor⁹⁶, dejándose desierta la de Granada⁹⁷. En una entrevista realizada a José Pérez López-Villamil (1904-1996) puede leerse el testimonio de este catedrático de Medicina Legal y además opositor a la plaza -al igual que Juan José López Ibor⁷- en relación con su opinión sobre el motivo por el cual la cátedra andaluza se dejó vacante⁹⁸.

Poco después Juan José López Ibor solicitó la excedencia de Salamanca para marcharse a Madrid, siéndole concedida en septiembre de 1953⁶⁰. Por ello, el 31 de marzo de 1954 se volvió a convocar a concurso-oposición la cátedra castellana, de nuevo juntamente con la de Granada⁹⁹. El 27 de julio salió la lista definitiva de admitidos¹⁰⁰. En noviembre de 1954¹⁰¹ se publicó el tribunal para juzgar el concurso, convocándose el comienzo de los ejercicios el 8 de enero¹⁰². Finalmente, el 18 de febrero de 1955 se publicaron las Órdenes por la que la plaza de Salamanca quedaba desierta y la que nombraba a Luis Rojas Ballesteros (1906-1974) catedrático de Psiquiatría de la Universidad de Granada¹⁰³, algo sobre lo que volveremos más tarde.

Al no cubrirse, la cátedra salmantina volvió a convocarse a oposición directa el 29 enero de 1957^{104,105}. El 10 de junio de 1957¹⁰⁶ se publicó la lista provisional de aspirantes admitidos y excluidos, pero tras nuevas listas, recursos y otros procedimientos administrativos, la definitiva no salió hasta el 28 de julio de 1958¹⁰⁷.

El 8 de enero de 1959¹⁰⁸ se nombró el tribunal que habría de juzgar el concurso, dictándose el inicio de los ejercicios para el 2 de julio¹⁰⁹. Tras ellos, el 13 de agosto de 1959 se publicó el nombramiento de Francisco Llaveró Avilés (1906-2007) como catedrático de Psiquiatría de Salamanca¹¹⁰. El desarrollo de la oposición dejó una fuerte impronta en Carlos Castilla del Pino (1922-2009), relatada en el segundo tomo de sus memorias¹¹¹, en las que indica explícitamente una estrategia en su contra por parte de Juan José López Ibor en la última prueba y a la cual atribuye no ganar el concurso; pero también se han publicado varias discrepancias frente a la versión del famoso psiquiatra andaluz¹¹²⁻¹¹⁴.

Parece que Francisco Llaveró Avilés se trasladó a Madrid en 1972, como director y profesor en la Clínica Psiquiátrica de la entonces denominada "Ciudad Sanitaria Provincial"¹¹⁵ -actualmente "Hospital Gregorio Marañón"- por lo que el 9 de marzo de 1973¹¹⁶, estando vacante la cátedra salmantina, se convocó a concurso de traslado que finalmente fue declarado desierto¹¹⁷. Debido a ello el 30 de mayo de 1973 se volvió a convocar la cátedra, en esta ocasión a concurso de acceso entre los profesores agregados universitarios de la especialidad¹¹⁸. El 15 de septiembre¹¹⁹ salió la lista definitiva de aspirantes admitidos, en la que solo constaba Juan José López-Ibor Aliño (1941-2015), que era

profesor agregado de Psiquiatría en la Facultad de Medicina de Oviedo desde el 9 de enero del mismo año, 1973¹²⁰. El 1 de noviembre se publicó el tribunal y curiosamente entre sus miembros salió elegido por sorteo Juan José López Ibor, padre del candidato¹²¹. Aunque no hemos encontrado la documentación que lo sustente, es lógico suponer que renunciaría a formar parte del tribunal por obvio conflicto de intereses. En todo caso, el 20 de diciembre de este año se nombró a Juan José López-Ibor Aliño catedrático de Salamanca¹²². No obstante, este profesor estuvo pocos años en la ciudad castellana y aunque no hemos podido averiguar cuando comenzó su ausencia oficial de la cátedra sabemos que el 20 de julio de 1977 continuaba aún como catedrático de Salamanca, al menos según el BOE, ya que fue nombrado en calidad de tal para el tribunal que juzgaría unas oposiciones a profesores adjuntos universitarios¹²³. Sin embargo, el 6 de diciembre de 1977, cuando fue elegido para el tribunal de la oposición a una agregaduría de la Universidad de La Laguna, se encontraba, también según el BOE, en situación de "supernumerario", similar a la de excedencia¹²⁴.

En todo caso, seguro que tuvo que dejar de ejercer en Salamanca antes del 13 de octubre de 1977, porque ese día salió a concurso de traslado la cátedra, que entonces se encontraba vacante¹²⁵. Tampoco hemos encontrado las fuentes primarias sobre el desarrollo de este último concurso, pero en la "Memoria" que la Universidad de Salamanca realizó sobre el curso 1977-1978¹²⁶, figura que Matías Alfonso Ledesma Jimeno (1923-2011) -que era catedrático de Psiquiatría de la Universidad de Granada desde 1976¹²⁷- había obtenido la cátedra de Salamanca por concurso de traslado el 22-11-1977. Por otro lado, en la biografía que sobre el profesor Matías A. Ledesma Jimeno publicó la Real Academia de Medicina de Salamanca, se indica que fue catedrático de Psiquiatría y Psicología Médica desde 1977 a 1988, además de que en ella el propio interesado señala que comenzó su labor allí en noviembre de 1977¹²⁸. Todo ello nos hace creer que el año de la toma de posesión es correcto, pero no encontramos los datos oficiales sobre el nombramiento. El profesor Matías A. Ledesma Jimeno se jubiló de la cátedra en 1998¹²⁸.

Valencia: Román Alberca Lorente (1950) y Miguel Rojo Sierra (1967).

Ya hemos señalado, a propósito de la cátedra de Salamanca, que Román Alberca Lorente fue el primer catedrático de Psiquiatría de Valencia, al trasladarse desde la capital salmantina. La plaza de Valencia se dotó en junio de 1950⁸³, se convocó a concurso de traslado el 26 de julio de 1950⁸⁴ y Román Alberca Lorente la ganó el 23 de octubre de 1950⁸⁵, ejerciéndola desde su lección inaugural el 2 de diciembre de dicho año hasta su fallecimiento, en la Nochevieja de 1966^{59,81}.

Su sustituto fue el profesor Miguel Rojo Sierra (1927-2002), que había sido nombrado catedrático en Santiago de Compostela en el BOE de 24 de enero de 1967¹²⁹. Cinco días antes de este nombramiento se había convocado a traslado la cátedra de Valencia¹³⁰, vacante tras la inesperada muerte de Alberca muy pocas semanas antes⁸¹. Miguel Rojo Sierra firmó dicho concurso siendo el único aspirante y el 28 de marzo de 1967 se publicó su nombramiento como catedrático de la Universidad de Valencia¹³¹. Aunque no hemos conseguido encontrar cuando sucedió su jubilación, sí conocemos que todavía en 1980 -más allá del plazo de estudio de este trabajo- el profesor Miguel Rojo Sierra seguía ejerciendo su cargo en la capital valenciana¹³².

Granada: Luis Rojas Ballesteros (1955) y Matías Alfonso Ledesma Jimeno (1976).

Desde enero de 1948⁴⁰ estaba ya dotada la cátedra de Granada, pero no se convocó hasta febrero de 1951, en turno de oposición y juntamente con la de Salamanca⁸⁹. Su desarrollo ha sido expuesto en el apartado de la ciudad castellana y recordamos que los ejercicios comenzaron en noviembre de 1952⁹⁵ y tras los mismos quedó desierta la de Granada⁹⁷. Esta plaza fue de nuevo convocada a concurso de traslado meses después¹³³, volviendo a quedar desierta¹³⁴.

Como también se ha indicado, al obtener Juan José López Ibor a los pocos meses la excedencia de Salamanca⁶⁰ las plazas de esta ciudad y la de Granada estaban otra vez vacantes, de manera que el

31 de marzo de 1954 se convocaron de nuevo conjuntamente a concurso-oposición⁹⁹. En aras de no repetir el desarrollo del proceso, señalaremos que el presidente del tribunal citó a los opositores para comenzar los ejercicios el 8 de enero¹⁰² y que el 18 de febrero de 1955 se publicaron en el mismo BOE¹⁰³ la Orden por la cual Luis Rojas Ballesteros era nombrado catedrático de Psiquiatría de la Universidad de Granada y la Orden de que, en esta ocasión, la que quedaba desierta era la cátedra de Salamanca.

El profesor Luis Rojas Ballesteros falleció en noviembre de 1974¹³⁵, a resultas de lo cual el 24 de junio de 1975 se convocaron a concurso de traslado y de manera conjunta, las cátedras de Psiquiatría de las universidades de Granada, Santiago y Zaragoza¹³⁶. El 19 de agosto de 1975 se declaró desierto dicho concurso¹³⁷ y el mismo día se convocaron en el BOE las tres cátedras a concurso de acceso entre profesores agregados de la especialidad¹³⁸. El 21 de octubre de 1975 se publicó la lista de aspirantes admitidos, que estaba compuesta por cuatro personas para las tres plazas¹³⁹. El 3 de abril de 1976 se nombró el tribunal¹⁴⁰ y la resolución final se publicó el 6 de septiembre de 1976, con la plaza de Granada adjudicada a Matías Alfonso Ledesma Jimeno¹²⁷, hasta entonces profesor agregado en la Universidad de Sevilla desde 1974¹⁴¹.

Pero, como se ha reseñado, la cátedra de Granada volvió a quedar nuevamente desierta en 1977 tras el traslado del profesor Matías A. Ledesma Jimeno a la de Salamanca¹²⁶, saliendo otra vez a concurso de traslado el 20 de enero de 1978¹⁴².

Zaragoza: Ramón Rey Ardid (1967) y Antonio Seva Díaz (1976).

En abril de 1960 estaba dotada y vacante la cátedra de Zaragoza y se convocó a concurso de traslado¹⁴³, el cual se declaró desierto en el mes de julio por falta de aspirantes¹⁴⁴. Sorprendentemente tardó un lustro en salir a concurso-oposición, haciéndolo en noviembre de 1965¹⁴⁵ y publicándose el 17 de mayo del año siguiente la lista definitiva de aspirantes admitidos¹⁴⁶. También en mayo de 1966 se había convocado a oposición la cátedra de Santiago de Compostela¹⁴⁷ y en julio de 1966 se publicó el tribunal que juzgaría ambas plazas, Zaragoza y Santiago¹⁴⁸. Tres días más tarde salió la orden por la cual se unían las dos oposiciones, para proveer ambas en un turno único y ante el mismo tribunal¹⁴⁹.

El 11 de agosto¹⁵⁰ todos los opositores a ambas cátedras eran convocados para comenzar las pruebas el 2 de noviembre, aunque la lista definitiva de admitidos salió el 3 de octubre, tan solo un mes antes del comienzo del concurso¹⁵¹. Finalmente, el 24 de enero de 1967 se publicó el nombramiento de Ramón Rey Ardid (1903-1988), como catedrático de la de Zaragoza¹²⁹. Como curiosidad, señalaremos que este profesor se proclamó en 1929 campeón nacional absoluto de ajedrez, título que retuvo durante unos 13 años¹⁴.

El 5 de noviembre de 1974, vacante la cátedra tras jubilarse Ramón Rey Ardid, se convocó la misma a concurso de traslado, publicándose el 8 de enero de 1975 la resolución que lo declaró desierto¹⁵². Dos días más tarde salió a concurso de acceso entre agregados, quedando nuevamente desierto al no reunir ninguno de los aspirantes las condiciones exigidas¹⁵³. El 24 de junio de 1975 se convocaron a concurso de traslado y de manera conjunta las cátedras de Psiquiatría de las universidades de Zaragoza, Granada y Santiago¹³⁶, ya que no se había cubierto la primera, la segunda estaba vacante después de fallecer Luis Rojas Ballesteros¹³⁵ y la tercera tampoco estaba ocupada, debido al traslado del hasta entonces catedrático, Demetrio Barcia Salorio (1931-2018), a la Facultad de Murcia, como se expondrá después.

El 19 de agosto de 1975¹³⁷ se declaró desierto el concurso de traslado y el mismo día se convocaron conjuntamente las tres cátedras a concurso de acceso, entre profesores agregados de la especialidad¹³⁸. El 21 de octubre de 1975 se publicó la lista de aspirantes admitidos¹³⁹; el 3 de abril de 1976¹⁴⁰ se nombró el tribunal para juzgar el concurso y el 7 de septiembre de 1976 se publicó la resolución que nombraba catedrático de Zaragoza a Antonio Seva Díaz (1938-2004)¹⁵⁴, hasta entonces profesor agregado en la Universidad de La Laguna (Tenerife) desde 1974¹⁵⁵. Este catedrático ejerció sin interrupción el puesto hasta su fallecimiento, en 2004¹⁴.

Santiago de Compostela: *Miguel Rojo Sierra (1967), Juan Obiols Vié (1970), Demetrio Barcia Salorio (1972) y José Giner Ubago (1976).*

En mayo de 1966 se había convocado a oposición la cátedra de Santiago de Compostela¹⁴⁷ y en julio de 1966¹⁴⁸ se publicó el tribunal que juzgaría conjuntamente esta plaza con la de Zaragoza, que estaba convocada desde noviembre de 1965¹⁴⁵.

Tres días más tarde salió publicada la orden por la cual se unían las dos oposiciones, para su provisión en un turno único y ante el mismo tribunal¹⁴⁹. Sin embargo, el 2 de agosto del mismo año y por haber sido previa la convocatoria a la unificación, tuvo que hacerse pública la lista de opositores admitidos y excluidos a la cátedra de Santiago¹⁵⁶. A la semana siguiente se convocó a todos los opositores para comenzar las pruebas el 2 de noviembre¹⁵⁰ y el 3 de octubre se publicó la lista de admitidos definitivamente¹⁵¹. Finalmente, el 24 de enero de 1967¹²⁹ se produjo el nombramiento de Miguel Rojo Sierra, como catedrático de la Facultad de Medicina de Santiago de Compostela.

El traslado del profesor Miguel Rojo Sierra desde la cátedra de Santiago a la de Valencia, pocos meses después¹³¹, provocó que la primera fuera convocada de nuevo el 23 de mayo del mismo año, 1967 mediante concurso de traslado¹⁵⁷, que quedó desierto ante la falta de aspirantes¹⁵⁸.

El 16 de abril de 1969 se publicó una convocatoria conjunta a concurso-oposición para las cátedras de Santiago de Compostela y Sevilla¹⁵⁹. El 7 de octubre de 1969 salió la lista definitiva de admitidos a la prueba¹⁶⁰ y el 11 de noviembre de 1969¹⁶¹ se hizo público el tribunal, convocándose el comienzo de los ejercicios para el 20 de diciembre del año en curso¹⁶². Finalmente, el 10 de febrero de 1970 se publicó el nombramiento de Juan Obiols Vié como catedrático de la Universidad de Santiago de Compostela⁵⁰.

Pero al año siguiente el profesor Juan Obiols Vié se trasladó a la cátedra de Barcelona⁴⁹, por lo que el 21 de octubre de 1971¹⁶³ se publicó el concurso de traslado de la cátedra de Santiago, que se declaró desierto en diciembre de 1971 ante la falta de aspirantes¹⁶⁴, motivo por el cual fue convocada a concurso de acceso entre quienes fueran profesores agregados de la disciplina¹⁶⁵. En abril de 1972¹⁶⁶ se hizo público el único aspirante admitido a dicho concurso, Demetrio Barcia Salorio, que era profesor agregado de Psiquiatría en la Facultad de Medicina de Valencia desde el año anterior¹⁶⁷. El tribunal para juzgar la plaza fue nombrado en junio¹⁶⁸ y el 20 de septiembre de 1972¹⁶⁹ se nombró a Demetrio Barcia Salorio catedrático de la Universidad de Santiago de Compostela.

Como se verá, este profesor se trasladó en 1975 a la cátedra de Murcia, quedando nuevamente vacante la plaza de Santiago, que salió a concurso de traslado y de manera conjunta con las cátedras de Psiquiatría de Granada y Zaragoza, el 24 de junio de 1975¹³⁶. El 19 de agosto de 1975¹³⁷ se declaró desierto el concurso y el mismo día se convocaron en el BOE¹³⁸ las tres cátedras a concurso de acceso entre profesores agregados de la especialidad. No repetiremos el proceso para la plaza de Santiago, detallado en el análisis de las otras dos ciudades y baste señalar que la resolución se hizo pública el 6 de septiembre de 1976, adjudicando la plaza a José Giner Ubago (1942-)¹²⁷, profesor agregado en la Universidad de Valencia desde 1975¹⁷⁰.

Pero el profesor José Giner Ubago se trasladó a Sevilla al año siguiente, como expondremos a continuación, quedando nuevamente vacante Santiago de Compostela, que salió a concurso de traslado el 1 de diciembre de 1977¹⁷¹.

Sevilla: *Francisco Alonso Fernández (1970) y José Giner Ubago (1977).*

El 19 de noviembre de 1968 se publicó el concurso de traslado de la cátedra de Sevilla¹⁷²; se volvió a convocar el 25 de marzo de 1969 y finalmente se anuló el 23 de abril¹⁷³; convocándose en su lugar a concurso-oposición y de manera conjunta las cátedras de Santiago de Compostela y Sevilla.

Curiosamente este anuncio salió en el BOE el 16 de abril de 1969¹⁵⁹, una semana antes de la anulación del traslado.

Como ya hemos comentado el desarrollo de esta oposición a propósito de la de Santiago de Compostela, baste mencionar ahora que la lista definitiva de admitidos se publicó el 7 de octubre de 1969¹⁶⁰, el tribunal se nombró en noviembre¹⁶¹, los ejercicios comenzaron el 20 de diciembre¹⁶² y el 11 de febrero de 1970⁶⁹ se adjudicó al profesor Francisco Alonso Fernández la plaza de Sevilla.

La cátedra andaluza quedó vacante tras marcharse Francisco Alonso Fernández a Madrid^{65,66}; saliendo nuevamente a concurso de traslado en abril de 1977⁷¹. Según fuentes secundarias, José Giner Ubago, que como se ha mencionado era catedrático de Santiago de Compostela desde 1976¹²⁷, ganó la cátedra de Psiquiatría de Sevilla en julio de 1977¹⁷⁴. Sin embargo, no encontramos los datos en BOE que refrenden el resultado y tampoco localizamos los miembros de la comisión que tuvo que juzgar el concurso de traslado, ni los candidatos que se pudieron presentar al mismo. No obstante, al margen de esta reseña extraoficial, otro dato que -creemos- apoya el que el profesor José Giner Ubago fuese en 1977 titular de la cátedra de Sevilla es la dirección, desde dicha cátedra, de la tesis doctoral del profesor Ildefonso Blanco Picabía (1945-), cuyo visto bueno para presentarla se firmó el 15 de junio de 1978 en dicha ciudad¹⁷⁵, por lo que es presumible que el comienzo de la dirección se remonte al menos al año anterior; aunque esto no implique necesariamente que no pudiera empezar a dirigirla desde Santiago de Compostela.

Murcia: Demetrio Barcia Salorio (1975).

La cátedra de la Facultad de Medicina de la Universidad de Murcia salió a concurso de traslado el 19 de abril de 1975¹⁷⁶. Demetrio Barcia Salorio -catedrático de la Facultad de Medicina de Santiago de Compostela desde 1972¹⁶⁹- figuraba ya como catedrático de Psiquiatría en Murcia el 28 de enero de 1976, cuando fue nombrado suplente del tribunal para juzgar el concurso de Valladolid¹⁷⁷.

Creemos que el mencionado traslado tuvo que cubrirse entre el 19 de abril de 1975, fecha de la convocatoria y el 24 de junio de 1975, debido a que este día salió a traslado la cátedra de Santiago, ocupada por Demetrio Barcia Salorio¹³⁶, aunque no encontramos los datos oficiales del nombramiento en el BOE, ni otros intermedios que ayuden a una mayor concreción, como pudieran ser la fecha de la dotación de la cátedra o la lista de opositores al concurso de traslado. No obstante, es casi seguro que el profesor Barcia tomase posesión en 1975 de la plaza de Murcia porque varios autores, incluido el interesado, coinciden en dicho año. Por ejemplo, Miguel Santiuste de Pablos al describir la historia de la cátedra murciana señala que "...Desde 1975 en que (Barcia) se traslada a Murcia a 1979 es Catedrático de Psiquiatría y Psicología Médica de la Universidad de Murcia y desde 1979, en que se desdobra la Cátedra, separándose la Psicología Médica será catedrático de Psiquiatría de esta Universidad..."¹⁷⁸; o Silvestre Martínez Benítez, quien en su tesis doctoral sobre la asistencia psiquiátrica en Murcia indica que "...Demetrio Barcia Salorio es nombrado Director Médico del Hospital Psiquiátrico a la vez que catedrático del departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Murcia en 1975, siendo de esta manera el primer catedrático de la facultad de Medicina..."¹⁷⁹. Finalmente, ese es el año que el propio Demetrio Barcia Salorio señala en una entrevista como el de su traslado a Murcia: "...Luis Valenciano se jubiló como director del entonces manicomio y me llamaron a mí para sustituirle. Pedí que se dotara una cátedra porque no quería dejar la carrera universitaria y en 1975 me convertí en el primer catedrático de la Facultad..."¹⁸⁰.

Por todo ello, y a pesar de no encontrar las referencias en el BOE, no tenemos dudas respecto a que el profesor Demetrio Barcia Salorio se convirtió en catedrático de Psiquiatría de Murcia en 1975, si bien no podemos concretar en que mes sucedió esto. El profesor Demetrio Barcia Salorio se jubiló en 2001¹⁷⁸ o 2002¹⁸⁰, según el autor que se consulte, pero en cualquier caso mucho más allá del tiempo objeto de este estudio.

Valladolid: Valentín José María Conde López (1976).

El 18 de mayo de 1974¹⁸¹ salió a concurso de traslado la cátedra de Psiquiatría de Valladolid la cual, que nosotros sepamos, nunca había sido ocupada por catedrático alguno, aunque sí se había convocado previamente su adjuntía al menos en un par de ocasiones^{182,183}. Tres meses más tarde el traslado se declaró desierto ante la falta de aspirantes¹⁸⁴ y ese mismo día, el 14 agosto de 1974 y en el mismo boletín, la cátedra volvió a ser convocada, esta vez por concurso de acceso entre profesores agregados¹⁸⁵, quedando nuevamente desierta¹⁸⁶. Por ello, el 23 de mayo de 1975¹⁸⁷ salió a concurso-oposición. Tras el plazo de interposición de reclamaciones, el 20 de octubre de 1975 se publicó la lista definitiva de opositores admitidos, excluyéndose de ella a José Guimón Ugartechea (1943-2016)¹⁸⁸, años más tarde catedrático en Bilbao¹⁸⁹ y a Santiago Benito Arranz (1926-1993)¹⁸⁸; presentando este último un recurso contencioso-administrativo que finalmente no prosperó¹⁹⁰.

El 28 de enero de 1976¹⁷⁷ se nombró el tribunal para juzgar la plaza, fijándose el comienzo de los ejercicios para el 23 de marzo de 1976¹⁹¹ y tras los mismos, el 23 de julio de mismo año se publicó el nombramiento de Valentín José María Conde López (1937-2016) como catedrático de la Psiquiatría de la Universidad de Valladolid¹⁹².

Este profesor había obtenido la agregaduría de Oviedo el año anterior¹⁹³ y además, durante el transcurso del concurso-oposición vallisoletano, había participado en el acceso entre agregados para las cátedras de Granada, Santiago y Zaragoza, convocada en agosto de 1975¹³⁹ y resuelta en septiembre de 1976^{127,154}. Continuó ejerciendo la cátedra de Valladolid hasta su jubilación, en el curso académico 2007-2008¹⁹⁴.

Conclusiones

Tras estudiar las convocatorias a las cátedras de Psiquiatría desde 1933 a 1977 en diferentes universidades españolas, podemos concluir lo siguiente:

- Hasta el año 1933 no se inauguró oficialmente una cátedra de Psiquiatría universitaria. Ese año se adjudicó a Emilio Mira López la de Barcelona, en calidad de profesor "agregado"; con lo cual dicha ciudad y profesor deben ser considerados los primeros donde se ejerció oficialmente una cátedra de la especialidad en España.
- También en 1933 se creó y convocó la cátedra de Madrid, pero la plaza pasó por numerosos avatares y no se cubrió hasta 1947, cuando ganó el concurso-oposición el profesor Antonio Vallejo Nágera, quien por tanto debe ser considerado el primer catedrático numerario universitario de Psiquiatría.
- Desde 1947, en que tomó posesión Antonio Vallejo Nágera como primer catedrático y hasta el año 1967; es decir, durante veinte años, solo hubo seis catedráticos numerarios en el país: Antonio Vallejo Nágera (1947), Ramón Sarró Burbano (1950), Román Alberca Lorente (1950), Juan José López Ibor (1953), Luis Rojas Ballesteros (1955) y Francisco Llaveró Avilés (1959).
- Desde 1967 hasta 1977; es decir, durante los siguientes diez años, el número de catedráticos numerarios se incrementó en diez profesores más: Miguel Rojo Sierra (1967), Ramón Rey Ardid (1967), Juan Obiols Vié (1970), Francisco Alonso Fernández (1970), Demetrio Barcia Salorio (1972), Juan José López-Ibor Aliño (1973), Valentín José María Conde López (1976), Matías Alfonso Ledesma Jimeno (1976), José Giner Ubago (1976) y Antonio Seva Díaz (1976).
- En síntesis, hubo un total de 16 catedráticos numerarios y al menos 2 profesores encargados de cátedra. Respecto a estos últimos, el primero fue Emilio Mira López en Barcelona (1933) y el otro fue Rodrigo González Pinto, en Bilbao (1936); siendo ambas plazas de nueva creación. No obstante, es lógico suponer que tuvo que haber alguno más, dado el tiempo que algunas

cátedras nuevas tardaron en cubrirse, sobre todo la de Madrid entre 1933-1947⁵³, pero también la de Granada en el período 1948-1955^{40,103}, la de Zaragoza entre 1960-1967^{129,143} o la más tardía de Bilbao, cuyo primer catedrático, el mencionado José Guimón Ugartechea, obtuvo la plaza en 1981¹⁸⁹, tras la recreación de la Universidad de Bilbao trece años antes, en 1968¹⁹⁵. Sin embargo, no hemos conseguido averiguar quiénes fueron los primeros docentes que se encargaron de cada una de ellas.

- En total se convocaron 38 diferentes concursos; en varios de ellos se unificaron diversas plazas y afectaron a un total de 11 ciudades. Estrictamente hablando, el número de concursos se reduciría a 37 en el supuesto de que en el de Barcelona (1933) no hubiese existido una convocatoria oficial, cuestión que tampoco hemos podido averiguar, aunque todo hace pensar que no la hubo³⁶.
- Se tomó posesión de las plazas en 26 ocasiones, en las siguientes ciudades y años: Barcelona (1933, 1950 y 1971), Bilbao (1936), Madrid (1947, 1960 y 1977), Salamanca (1950, 1953, 1959, 1973 y 1977), Valencia (1950 y 1967), Granada (1955 y 1976), Santiago de Compostela (1967, 1970, 1972 y 1976), Zaragoza (1967 y 1976), Sevilla (1970 y 1977), Murcia (1975) y Valladolid (1976).
- De todas ellas, la ciudad en la que más veces se tomó posesión fue Salamanca, en cinco ocasiones (1950, 1953, 1959, 1973 y 1977). En las que menos fueron Bilbao (1936), Murcia (1975) y Valladolid (1976), en una ocasión cada una.
- De los 38 concursos convocados, estos quedaron "desiertos" en 19 ocasiones, afectando a un total de 6 ciudades: Madrid (1935, 1940 en dos ocasiones y 1945), Salamanca (1951, 1955 y 1973), Granada (1953 en dos ocasiones y 1975), Zaragoza (1960 y 1975 en tres ocasiones), Santiago de Compostela (1967, 1971 y 1975) y Valladolid (1974, en dos ocasiones). Al margen, en una ocasión no se pudo celebrar la prueba debido a la Guerra Civil (Madrid, 1936) y en otra se anuló el concurso de traslado (Sevilla, 1969).
- Un total de 11 de las cátedras fueron obtenidas por concurso-oposición, siendo sus titulares: Antonio Vallejo Nágera (1947), Ramón Sarró Burbano (1950), Román Alberca Lorente (1950), Juan José López Ibor (1953), Luis Rojas Ballesteros (1955), Francisco Llaveró Avilés (1959), Miguel Rojo Sierra (1967), Ramón Rey Ardid (1967), Juan Obiols Vié (1970), Francisco Alonso Fernández (1970) y Valentín José María Conde López (1976).
- 8 de las cátedras fueron obtenidas por concurso de traslado, siendo los titulares: Román Alberca Lorente (1950), Juan José López Ibor (1960), Miguel Rojo Sierra (1967), Juan Obiols Vié (1971), Demetrio Barcia Salorio (1975), Francisco Alonso Fernández (1977), José Giner Ubago (1977) y Matías Alfonso Ledesma Jimeno (1977).
- 5 de las cátedras lo fueron por concurso de acceso entre profesores agregados, siendo sus titulares: Demetrio Barcia Salorio (1972), Juan José López-Ibor Aliño (1973), Matías Alfonso Ledesma Jimeno (1976), José Giner Ubago (1976) y Antonio Seva Díaz (1976).
- Al menos 2 cátedras de nueva creación fueron regentadas por un nombramiento extraordinario: Emilio Mira López (1933) y Rodrigo González Pinto (1936).
- Ninguna mujer firmó una sola convocatoria de los concursos estudiados y muy probablemente no podían hacerlo, porque creemos que durante el período de estudio ni siquiera existieron profesoras "adjuntas" o "agregadas" numerarias de Psiquiatría, que eran comúnmente los dos rangos universitarios secuencialmente previos al de catedrática. Aún a riesgo de equivocarnos, por no ser objeto de este trabajo y tratarse de un análisis muy superficial, parece que la primera mujer en alcanzar una cátedra de Psiquiatría en España fue Carmen Leal Cercós (1941-)¹⁹⁶, que obtuvo la de Cádiz en 1981¹⁸⁹ tras ser agregada en Valencia en 1979¹⁹⁷. Hubo algunos intentos previos respecto a las agregaduras, ya que al menos Pilar Fuster Ferrándiz (¿1942?-1979) fue admitida en 1975 a la oposición para la de Psicología Médica y Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Oviedo¹⁹⁸; el mismo año ella y Edelmira Domènech Llabería (1935-) lo fueron en

la conjunta de las facultades de la Autónoma de Barcelona y la de Valencia¹⁹⁸ y finalmente, en 1976, Carmen Leal Cercós resultó admitida a la oposición, también conjunta, de las facultades de Extremadura y Cádiz¹⁹⁹. Sin embargo, creemos que hasta diciembre de 1977 no hubo profesoras adjuntas numerarias de Psiquiatría en una facultad de Medicina, cuando Pilar Fuster Ferrándiz y Carmen Leal Cercós consiguieron este rango en la misma oposición²⁰⁰. Entendemos que estas circunstancias, de no ser erróneas, reflejarían una anómala participación de las mujeres en el profesorado numerario de Psiquiatría de las facultades de Medicina durante la época estudiada, aunque parece que algo similar sucedió con la mayoría de las asignaturas de la licenciatura médica, al menos en algunas universidades²⁰¹.

Tabla 1. Cronología de las convocatorias de los concursos a cátedras. 1933-1977

N.º	Convocatoria en BOE/equivalente	Ciudad	Tipo de concurso	Resultado y año de resolución "del concurso en BOE/equivalente"
1	Desconocemos si la hubo, aunque no lo parece	Barcelona	Votación del claustro	E. Mira López. 1933
2	24 noviembre 1933	Madrid	Oposición	Desierto. 1935
3	10 marzo 1935 y 3 junio 1936 ^a	Madrid	Oposición	No se celebró debido a la Guerra Civil
4	22 de noviembre 1936	Bilbao	Méritos	R. González Pinto. 1936
5	4 noviembre 1940	Madrid	Traslado	Desierto. 1940
6	6 diciembre 1940	Madrid	Extraordinario	Desierto. 1940
7	11 marzo 1944	Madrid	Oposición	Desierto. 1945
8	19 enero 1946	Madrid	Oposición	A. Vallejo Nágera. 1947
9	19 febrero 1948	Barcelona y Salamanca	Oposición	Barcelona: R. Sarró Burbano. 1950 Salamanca: R. Alberca Lorente. 1950
10	26 julio 1950	Valencia	Traslado	R. Alberca Lorente. 1950
11	4 noviembre 1950	Salamanca	Traslado	Desierto. 1951
12	26 febrero 1951	Salamanca y Granada	Oposición	Salamanca: J.J. López Ibor. 1953 Granada: Desierto. 1953
13	5 febrero 1953	Granada	Traslado	Desierto. 1953
14	31 marzo 1954	Granada y Salamanca	Oposición	Granada: L. Rojas Ballesteros. 1955 Salamanca: Desierto. 1955
15	29 enero 1957	Salamanca	Oposición	F. Llaveró Avilés. 1959
16	24 diciembre 1958	Madrid	Traslado	J. J. López Ibor. 1960
17	26 abril 1960	Zaragoza	Traslado	Desierto. 1960
18	20 noviembre 1965	Zaragoza	Oposición	Zaragoza: R. Rey Ardid. 1967 Santiago de Compostela: M. Rojo Sierra. 1967
	2 mayo 1966	Santiago de C.	Oposición	
	8 julio 1966	Unificación de Zaragoza y Santiago de C.	Oposición	
19	19 enero 1967	Valencia	Traslado	M. Rojo Sierra. 1967
20	23 mayo 1967	Santiago de C.	Traslado	Desierto. 1967
21	19 noviembre 1968 y 25 marzo 1969 ^b	Sevilla	Traslado	Anulado. 1969 ^b



N.º	Convocatoria en BOE/equivalente	Ciudad	Tipo de concurso	Resultado y año de resolución "del concurso en BOE/equivalente"
22	16 abril 1969	Sevilla y Santiago de C.	Oposición	Sevilla: F. Alonso Fernández. 1970 Santiago de C.: J. Obiols Vié. 1970
23	1 diciembre 1970	Barcelona	Traslado	J. Obiols Vié. 1971
24	21 octubre 1971	Santiago de C.	Traslado	Desierto. 1971
25	23 febrero 1972	Santiago de C.	Acceso entre agregados	D. Barcia Salorio. 1972
26	9 marzo 1973	Salamanca	Traslado	Desierto. 1973
27	30 mayo 1973	Salamanca	Acceso entre agregados	J. J. López-Ibor Aliño. 1973
28	18 mayo 1974	Valladolid	Traslado	Desierto. 1974
29	14 agosto 1974	Valladolid	Acceso entre agregados	Desierto. 1974
30	5 noviembre 1974	Zaragoza	Traslado	Desierto. 1975
31	10 enero 1975	Zaragoza	Acceso entre agregados	Desierto. 1975
32	19 abril 1975	Murcia	Traslado	D. Barcia Salorio. Probablemente 1975 ^c
33	23 mayo 1975	Valladolid	Oposición	V. J. M. ^a Conde López. 1976
34	24 junio 1975	Granada, Santiago de C. y Zaragoza	Traslado	Desierto para las 3 ciudades. 1975
35	19 agosto 1975	Granada, Santiago de C. y Zaragoza	Acceso entre agregados	Granada: M. A. Ledesma Jimeno. 1976 Santiago de C.: J. Giner Ubago. 1976 Zaragoza: A. Seva Díaz. 1976
36	22 mayo 1976	Madrid	Traslado	F. Alonso Fernández. Probablemente 1977 ^c
37	18 abril 1977	Sevilla	Traslado	J. Giner Ubago. Probablemente 1977 ^c
38	13 octubre 1977	Salamanca	Traslado	M. A. Ledesma Jimeno. Probablemente 1977 ^c

Lectura de la tabla:

^a Convocada en marzo de 1935, por diversas demoras se abrió un nuevo plazo de solicitudes en junio de 1936.

^b La convocatoria del concurso de traslado se realizó primero en noviembre de 1968, volviéndose a publicar en marzo de 1969, pero finalmente se anuló en abril de 1969. Y ese mismo mes salió a concurso oposición.

^c Explicación en el texto.

Tabla 2. Cronología de la ocupación de las cátedras. 1933-1977

Profesor	Ciudad	Nombramiento en el BOE/equivalente	Primera convocatoria en BOE/equivalente
Emilio Mira López (1896-1964) ^a	Barcelona	4 octubre 1933 ^b	Desconocemos si la hubo, aunque no lo parece
Rodrigo González Pinto (1893-1974) ^a	Bilbao	18 diciembre 1936	22 noviembre 1936
Antonio Vallejo Nájera (1889-1960)	Madrid	3 marzo 1947	24 noviembre 1933
Ramón Sarro Burbano (1900-1993)	Barcelona	18 mayo 1950	19 febrero 1948
Román Alberca Lorente (1903-1967)	Salamanca	18 mayo 1950	19 febrero 1948
Román Alberca Lorente	Valencia	23 octubre 1950	26 julio 1950
Juan José López Ibor (1906-1991)	Salamanca	18 enero 1953	4 noviembre 1950
Luis Rojas Ballesteros (1906-1974)	Granada	18 febrero 1955	26 febrero 1951
Francisco Llaveró Avilés (1906-2007)	Salamanca	13 agosto 1959	31 marzo 1954
Juan José López Ibor	Madrid	3 octubre 1960	24 diciembre 1958
Miguel Rojo Sierra (1927-2002)	Santiago de C.	24 enero 1967	2 mayo 1966
Ramón Rey Ardid (1903-1988)	Zaragoza	24 enero 1967	26 abril 1960
Miguel Rojo Sierra	Valencia	28 marzo 1967	19 enero 1967
Juan Obiols Vié (1918-1980)	Santiago de C.	10 febrero 1970	23 mayo 1967
Francisco Alonso Fernández (1924-2020)	Sevilla	11 febrero 1970	19 noviembre 1968
Juan Obiols Vié	Barcelona	6 julio 1971	1 diciembre 1970
Demetrio Barcia Salorio (1931-2018)	Santiago de C.	20 septiembre 1972	21 octubre 1971
Juan José López-Ibor Aliño (1941-2015)	Salamanca	20 diciembre 1973	9 marzo 1973
Demetrio Barcia Salorio	Murcia	Probablemente 1975 ^c	19 abril 1975
Valentín M. ^a Conde López (1937-2016)	Valladolid	23 julio 1976	18 mayo 1974
Matías A. Ledesma Jimeno (1923-2011)	Granada	6 septiembre 1976	24 junio 1975
José Giner Ubago (1942-)	Santiago de C.	6 septiembre 1976	24 junio 1975
Antonio Seva Díaz (1938-2004)	Zaragoza	7 septiembre 1976	24 junio 1975
Francisco Alonso Fernández	Madrid	Probablemente 1977 ^c	22 mayo 1976
José Giner Ubago	Sevilla	Probablemente 1977 ^c	18 abril 1977
Matías Alfonso Ledesma Jimeno	Salamanca	Probablemente 22 noviembre 1977 ^c	13 octubre 1977

Lectura de la tabla:

^a Los profesores Mira López y González Pinto no fueron catedráticos aunque sí regentaron la cátedra, el primero como profesor agregado y el segundo como profesor encargado de la misma. Creemos que en la Barcelona no hubo convocatoria previa en el BOE, y en la de Bilbao se convocó un concurso de méritos⁷².

^b La fecha del nombramiento de E. Mira la hemos obtenido de la documentación publicada por su hija, que contiene la hoja de servicios del profesor en la Universidad de Barcelona (pág.: 70, documento 4)¹.

^c Explicación en el texto.

Tabla 3. Profesores, cátedras, tipo de concurso y plazas previas. 1933-1977			
Catedrático	Cátedra y año	Tipo de concurso	Cátedra o "agregaduría" de psiquiatría previamente obtenida
Emilio Mira López ^a	Barcelona: 1933	Votación del claustro	Ninguna
Rodrigo González Pinto ^a	Bilbao: 1936	Concurso de méritos	Ninguna
Antonio Vallejo Nágera	Madrid: 1947	Oposición	Ninguna
Ramón Sarró Burbano	Barcelona: 1950	Oposición	Ninguna
Román Alberca Lorente	Salamanca: 1950	Oposición	Ninguna
	Valencia: 1950	Traslado	Cátedra de Salamanca por oposición: 1950
Juan José López Ibor	Salamanca: 1953	Oposición	Ninguna
	Madrid: 1960	Traslado	Cátedra de Salamanca por oposición: 1953
Luis Rojas Ballesteros	Granada: 1955	Oposición	Ninguna
Francisco Llaveró Avilés	Salamanca: 1959	Oposición	Ninguna
Miguel Rojo Sierra	Santiago de Compostela: 1967	Oposición	Ninguna
	Valencia: 1967	Traslado	Cátedra de Santiago de Compostela por oposición: 1967
Ramón Rey Ardid	Zaragoza: 1967	Oposición	Ninguna
Juan Obiols Vié	Santiago de C.: 1970	Oposición	Ninguna
	Barcelona: 1971	Traslado	Cátedra de Santiago de Compostela por oposición: 1970
Francisco Alonso Fernández	Sevilla: 1970	Oposición	Ninguna
	Madrid: Probablemente 1977 ^b	Traslado	Cátedra de Sevilla por oposición: 1970
Demetrio Barcia Salorio	Santiago de C.: 1972	Acceso entre agregados	Agregaduría de Valencia por oposición: 1971
	Murcia: Probablemente 1975 ^b	Traslado	Cátedra de Santiago de Compostela por acceso entre agregados: 1972
Juan José López-Ibor Aliño	Salamanca: 1973	Acceso entre agregados	Agregaduría de Oviedo por oposición: 1973
Valentín José M. ^a Conde López	Valladolid: 1976	Oposición	Agregaduría de Oviedo por oposición: 1975
Matías Alfonso Ledesma Jimeno	Granada: 1976	Acceso entre agregados	Agregaduría de Sevilla por oposición: 1974
	Salamanca: Probablemente 1977 ^b	Traslado	Cátedra de Granada por acceso entre agregados: 1976
José Giner Ubago	Santiago de C.: 1976	Acceso entre agregados	Agregaduría de Valencia por oposición: 1975
	Sevilla: Probablemente 1977 ^b	Traslado	Cátedra de Santiago de Compostela por acceso entre agregados: 1976
Antonio Seva Díaz	Zaragoza: 1976	Acceso entre agregados	Agregaduría de La Laguna (Tenerife) por oposición: 1974

Lectura de la tabla:

^a Los profesores Mira López y González Pinto no fueron catedráticos aunque sí regentaron la cátedra, el primero como profesor agregado y el segundo como profesor encargado de la misma.

^b Explicación en el texto.

Tabla 4: Distribución por ciudades, profesores y tipo de concurso. 1933-1977

Ciudad	Catedrático	Nombramiento en el BOE/equivalente	Tipo de concurso
Barcelona	Emilio Mira López ^a	4 octubre 1933 ^b	Votación del claustro
	Ramón Sarró Burbano	18 mayo 1950	Oposición
	Juan Obiols Vié	6 julio 1971	Traslado
Bilbao	Rodrigo González Pinto ^a	18 diciembre 1936	Méritos
Madrid	Antonio Vallejo Nágera	3 de marzo 1947	Oposición
	Juan José López Ibor	3 octubre 1960	Traslado
	Francisco Alonso Fernández	Probablemente 1977 ^c	Traslado
Salamanca	Román Alberca Lorente	18 mayo 1950	Oposición
	Juan José López Ibor	18 enero 1953	Oposición
	Francisco Llaveró Avilés	13 agosto 1959	Oposición
	Juan José López-Ibor Aliño	20 diciembre 1973	Accesos entre agregados
	Matías A. Ledesma Jimeno	Probablemente 22 noviembre 1977 ^c	Traslado
Valencia	Román Alberca Lorente	23 octubre 1950	Traslado
	Miguel Rojo Sierra	28 marzo 1967	Traslado
Granada	Luis Rojas Ballesteros	18 febrero 1955	Oposición
	Matías A. Ledesma Jimeno	6 septiembre 1976	Acceso entre agregados
Zaragoza	Ramón Rey Ardid	24 enero 1967	Oposición
	Antonio Seva Díaz	7 septiembre 1976	Acceso entre agregados
Santiago de Compostela	Miguel Rojo Sierra	24 enero 1967	Oposición
	Juan Obiols Vié	10 febrero 1970	Oposición
	Demetrio Barcia Salorio	20 septiembre 1972	Acceso entre agregados
	José Giner Ubago	6 septiembre 1976	Acceso entre agregados
Sevilla	Francisco Alonso Fernández	11 febrero 1970	Oposición
	José Giner Ubago	Probablemente 1977 ^c	Traslado
Murcia	Demetrio Barcia Salorio	Probablemente 1975 ^c	Traslado
Valladolid	Valentín J. M. ^a Conde López	23 julio 1976	Oposición

Lectura de la tabla:

^a Los profesores Mira López y González Pinto no fueron catedráticos aunque sí regentaron la cátedra, el primero como profesor agregado y el segundo como profesor encargado de la misma.

^b La fecha del nombramiento de E. Mira la hemos obtenido de la documentación publicada por su hija, que contiene la hoja de servicios del profesor en la Universidad de Barcelona (pág.: 70, documento 4)¹.

^c Explicación en el texto.

Contacto: Sonsoles Pacheco Larrucea

✉ SONSOLES.PACHECOLARRUCEA@osakidetza.eus

Hospital de Basurto. Osakidetza-Servicio Vasco de Salud • Bilbao



Bibliografía

Nota: El "Boletín Oficial del Estado" aparece citado como "BOE" y una de sus antecesoras, denominada "Gaceta de Madrid", aparece como "GM".

1. Mira M, Cortiñas A. Dr. Emilio Mira y López. *Información básica sobre su vida y obra*. Barcelona: Internet. 2016. pp.: 3-77. En: <http://www.miraylopez.com/Libros/Mira%20y%20López.pdf>
2. Iruela LM. *Psiquiatría, psicología y armonía social*. En: 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: 23-131.
3. Estalrich Canet JV. *La primera cátedra de psiquiatría en España*. En: VV.AA. *La locura y sus instituciones* (A. Rey, ed.). Valencia: Diputació de Valencia. 1997. pp.: 323-335.
4. Pérez Peña F. *La Cátedra de psiquiatría*. En: Los últimos clínicos de San Carlos. Estampas y vivencias de la Facultad de Medicina de San Carlos. Parte 1ª (hasta su cierre en octubre de 1965). Madrid: Edit. Visión Net. Versión electrónica. 2005. pp.: 286-298, 322-323.
5. González Duro E. *La nueva psiquiatría española*. En: Los psiquiatras de Franco. Los rojos no estaban locos. Barcelona: Ed. Península. 2008. pp.: 289-310.
6. Castilla del Pino C. *Pretérito imperfecto*. Barcelona: Tusquets editores S.A. Colección Andanzas. 1997. pp.: 418-422.
7. Gómez Santos M. López Ibor. *El hilo rojo en su pensamiento*. Madrid: Biblioteca Nueva. 2007. pp.: 41, 65-68, 71-86, 123-126, 162, 168-169, 244.
8. Casco Solís J. *Psiquiatría y franquismo. Período de institucionalización (1946-1960). Con un prólogo y un epílogo como homenaje a Luis Martín Santos*. En: VV. AA. *Psiquiatría y Cultura en España en un tiempo de silencio*. Luis Martín Santos (F. Fuentenebro, G.E. Berrios, I. Romero y R. Huertas, eds.). Madrid: Necodisne ediciones. 1999. pp.: 85-129.
9. Villasante O, Rey A, Martí JV. *José Mª Villaverde: retrato de un desconocido*. Medicina e Historia. 2008; 1: 1-15. En: <https://www.fu1838.org/wp-content/uploads/2024/12/2008-1.pdf>
10. Espino Granado JA. *La formación del psiquiatra en España: Apuntes a modo de introducción*. En: VV.AA. *Orígenes y fundamentos de la psiquiatría en España* (V. Aparicio Basauri, comp.). Madrid: ELA-Editorial Libro del Año, S.L. 1997. pp.: 107-143.
11. 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*. Madrid: Nívola. 2002. pp.: 89-114.
12. Castilla del Pino C. *Casa del olivo: autobiografía (1949-2003)*. Barcelona: Tusquets editores S.A. 2004. pp.: 229-230, 251-263, 366-369.
13. Huertas R. *En los inicios de la psiquiatría franquista. El Congreso Nacional de Neurología y Psiquiatría (Barcelona, 1942)*. Dynamis. 2017, 37,1: 23-43. En: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0211-95362017000100002
14. Fernández A, Seva A. *La cátedra de Psiquiatría y Psicología Médica de la Universidad de Zaragoza*. En: VV.AA. *Historia de la Psiquiatría del siglo XX en Aragón* (A. Fernández Doctor, Coord.). Zaragoza: Sociedad Aragonesa y Riojana de Psiquiatría. Graficas Vela. 2014. pp.: 129-148.
15. Gorrotxategi Gorrotxategi P. *Luis Martín-Santos. Historia de un compromiso*. Donostia-San Sebastián: Publicaciones del Instituto Dr. Camino de Historia Donostiarra. Fundación Social y Cultural Kutxa. Colección Monografías, núm. 39. 1995. pp.: 139-142.
16. Lázaro J. *Vidas y muertes de Luis Martín-Santos*. Barcelona: Tusquets ed. SA. Colección Tiempo de memoria. Barcelona. 2009. pp.: 128-130.
17. Moradiellos García E. *El Franquismo (1936-1975): Cuarenta años de la historia de España*. En: XII Jornadas de Historia. "España. Nación y Constitución: Bicentenario de la Constitución de 1812". Conferencias y Cuadernos, 7. Llerena: Sociedad Extremeña de Historia. 9 de junio 2011. En: <http://www.historiaex.es/data/sections/145/docs/1461264566.pdf>
18. Risques Corbella M. *La Dictadura franquista*. Revista Reflexão e Ação, Santa Cruz do Sul. 2015; 23, 2: 170-197. En: https://ddd.uab.cat/pub/artpub/2015/202494/revrefaca_a2015v23n2p170.pdf
19. Candela Sevilla VF. *Cuarenta años de democracia en España: Análisis de las interpretaciones histórico políticas del proceso de Transición (1977-2017)*. En-Contexto Revista de Investigación en Administración, Contabilidad, Economía y Sociedad. 2018; 6, 8: 51-57. En: <https://www.redalyc.org/journal/5518/551859331001/551859331001.pdf>
20. Martínez Neira M. *La regulación de las oposiciones a cátedras universitarias: 1845-1931*. Historia de las Universidades, 35. Madrid: Universidad Carlos III. 2014. En: <https://e-archivo.uc3m.es/handle/10016/19338>
21. Carreras J. *Evaluación de la calidad docente y promoción del profesorado (III). Legislación Universitaria Española (a): de la Ley de Ordenación de la Universidad Española (1943) a la Ley de Reforma Universitaria (1983)*. Educación Médica. 2003; 6, 1: 3-25. En: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-18132003000100002
22. Dualde F, Rey A, Jordá E. *Bases documentales en la Historia de la Psiquiatría Española*. Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria. 2002; 2,2: 84-91. En: <http://aen.es/wp-content/uploads/2009/04/Cuadernos2.2.pdf>
23. Agencia Estatal BOE. *Gazeta, colección histórica: ayuda y contenido*. En: https://www.boe.es/buscar/ayudas/gazeta_ayuda.php
24. Agencia Estatal BOE. *Buscar en todo el BOE*. En: <https://www.boe.es/buscar/boe.php>
25. Agencia Estatal BOE. *Denominaciones de Gazeta*. En: https://www.boe.es/diario_gazeta/denominaciones.php
26. Danón J. *La introducción de la Neurología en España*. Medicina e Historia. 1999; 4: 1-15. En: <https://www.fu1838.org/wp-content/uploads/2024/12/1999-4.pdf>
27. Aztarain Diez J. *La asistencia psiquiátrica en España en los siglos XVIII y XIX*. En: 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.: 65-104. En: <http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/75A3F123-4396-4BDF-B487-299EF1C5EC36/146494/Asistenciapsiquiatica.pdf>
28. Rey González A. *Clásicos de la Psiquiatría Española del siglo XIX. Juan Giné y Partagás. (1836-1903)*. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 1982; 2, 4: 99-110. En: <https://www.revistaen.es/index.php/aen/article/view/14667/0>

29. Rey A, Jordá E. *La primera cátedra de Psiquiatría en la Universidad española del siglo XIX: La "contribución" de Manuel Soler y Espalter*. En: VV. AA. *Del Pleistoceno hasta nuestros días. Contribuciones a la Historia de la Psiquiatría*. (O. Martínez, N. Sagasti, O. Villasante, Eds.). Madrid: AEN. 2011. pp.: 81-100. En: <http://www.tienda-aen.es/producto/del-pleistoceno-a-nuestros-dias-contribuciones-a-la-historia-de-la-psiquiatria/>
30. GM. *Boletín del 12 de julio de 1933*. n.º: 193. pág.: 262. En: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1933/193/A00262-00262.pdf>
31. GM. *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>
32. BOE. *Boletín de 4 de agosto de 1944*. n.º: 217. pág.: 5946. En: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1944/217/A05943-05950.pdf>
33. GM. *Boletín de 21 de septiembre de 1932*. n.º: 265. pp.: 2090-2094. En: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1932/265/A02090-02094.pdf>
34. GM. *Boletín de 2 de junio de 1933*. n.º: 153. pp.: 1630-1631. En: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1933/153/A01630-01631.pdf>
35. GM. *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>
36. 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*. Real Academia de Medicina de Barcelona. 1978; 58,251: 19-40. En: <https://raco.cat/index.php/AnalesMedicina/article/view/97855>
37. Corbella J. *L'ensenyament de la Psiquiatria. El doctor Sarro*. En: *História de la Facultat de Medicina de Barcelona. 1843-1985*. Barcelona: Fundació Uriach 1838. 1996. pp.: 316-319. En: https://www.fu1838.org/wp-content/uploads/2024/11/22_MonograficosDigitales-C.pdf
38. Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes. *Escalafón de los Catedráticos Numerarios de las Universidades de la Republica en 31 de agosto de 1935*. Madrid: Talleres gráficos Marsiega. 1935.
39. Mira M. *Dr. Emilio Mira y López(1896-1964)*. Barcelona: Internet. Actualizado en agosto de 2021. s/p. En: www.miraylopez.com
40. BOE. *Boletín de 9 de marzo de 1948*. n.º: 69. pág.: 939. En: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1948/069/A00939-00939.pdf>
41. BOE. *Boletín de 19 de febrero de 1948*. n.º: 50. Pág.: 682. En: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1948/050/A00682-00682.pdf>
42. BOE. *Boletín de 19 de febrero de 1948*. n.º: 50. pág.: 684. En: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1948/050/A00684-00684.pdf>
43. BOE. *Boletín de 31 de julio de 1949*. n.º: 212. pág.: 3381. En: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1949/212/A03381-03381.pdf>
44. BOE. *Boletín de 29 de noviembre de 1949*. n.º: 333. pp.: 4988-4989. En: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1949/333/A04988-04989.pdf>
45. BOE. *Boletín de 27 de febrero de 1950*. n.º: 58. pág.: 924. En: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1950/058/A00924-00924.pdf>
46. BOE. *Boletín de 18 de mayo de 1950*. n.º: 138. pág.: 2180. En: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1950/138/A02180-02180.pdf>
47. BOE. *Boletín de 1 de diciembre de 1970*. n.º: 287. pág.: 19503. En: <https://www.boe.es/boe/dias/1970/12/01/pdfs/A19503-19503.pdf>
48. BOE. *Boletín de 24 de abril de 1971*. n.º: 98. pág.: 6666. En: <https://www.boe.es/boe/dias/1971/04/24/pdfs/A06666-06666.pdf>
49. BOE. *Boletín de 6 de julio de 1971*. n.º: 160. pág.: 11086. En: <https://www.boe.es/boe/dias/1971/07/06/pdfs/A11086-11086.pdf>
50. BOE. *Boletín de 10 de febrero de 1970*. n.º: 35. pág.: 2142. En: <https://www.boe.es/boe/dias/1970/02/10/pdfs/A02142-02142.pdf>
51. Quinta A. *El psiquiatra Joan Obiols murió ayer cuando visitaba a Dalí*. *El País*. 19/07/1980. En: http://elpais.com/diario/1980/07/19/sociedad/332805603_850215.html
52. GM. *Boletín de 24 de noviembre de 1933*. n.º: 328. pág.: 1238. En: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1933/328/A01237-01238.pdf>
53. Pacheco S, Consiglieri A, Villasante O, Medrano J, Rahmani R, Markez I. y cols. *El insólito desarrollo de la primera cátedra de Psiquiatría por concurso-oposición en España*. Madrid: 1933-1947. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 2024; 44, 145: 125-150. En: <https://revistaen.es/index.php/aen/article/view/17322/17256>
54. BOE. *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>
55. BOE. *Boletín de 23 de octubre de 1958*. n.º: 254. pág.: 9223. En: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1958/254/B09223-09223.pdf>
56. BOE. *Boletín de 24 de diciembre de 1958*. n.º: 307. pág.: 11726. En: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1958/307/A11726-11726.pdf>
57. BOE. *Boletín de 13 de junio de 1960*. n.º: 141. pág.: 8059. En: <https://www.boe.es/boe/dias/1960/06/13/pdfs/A08059-08059.pdf>
58. Gómez-Santos M. *López Ibor. El hilo rojo en su pensamiento*. Madrid: Biblioteca Nueva. 2007. pp.: 168-169.
59. Pacheco L, Martínez O, Hernández A. *Román Alberca Lorente: catedrático de Psiquiatría en 1950*. *Neurosciences and History*. 2021; 9, 3: 128-134. En: https://nah.sen.es/vmfiles/vol9/NAHV9N32021128_134ES.pdf
60. BOE. *Boletín de 5 de septiembre de 1953*. n.º: 248. pág.: 5351. En: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1953/248/A05351-05351.pdf>
61. BOE. *Boletín del 3 de octubre de 1960*. n.º: 237. pág.: 13766. En: <https://www.boe.es/boe/dias/1960/10/03/pdfs/A13766-13766.pdf>
62. BOE. *Boletín de 13 de marzo de 1961*. n.º: 61. pág.: 3838. En: <https://www.boe.es/boe/dias/1961/03/13/pdfs/A03838-03838.pdf>
63. López-Ibor Aliño JJ. *Juan José López Ibor*. Biografías. Real Academia de la Historia. Diccionario Biográfico electrónico (DB~e). 2018. En: <https://dbe.rah.es/biografias/12329/juan-jose-lopez-ibor>
64. Gómez-Santos M. *López Ibor. El hilo rojo en su pensamiento*. Madrid: Biblioteca Nueva. 2007. pág.: 244.
65. BOE. *Boletín de 22 de mayo de 1976*. n.º: 123. pág.: 9925. En: <https://www.boe.es/boe/dias/1976/05/22/pdfs/A09925-09926.pdf>
66. BOE. *Boletín de 26 de noviembre de 1976*. n.º: 284. pág.: 23563. En: <https://www.boe.es/boe/dias/1976/11/26/pdfs/A23563-23563.pdf>
67. Real Academia Nacional de Medicina (Web). *Alonso Fernández, Francisco*. 1979. Académicos de Número. 2013. En: <https://www.ranm.es/academicos/academicos-de-numero/68-excmo-sr-d-francisco-alonso-fernandez.html>
68. González Posada F. *Homenaje a la antigüedad Académica: Francisco Alonso Fernández*. *Anales RANM*. Edición digital. 2018; 135 (03): 316-320. En: https://analesranm.es/revista/2018/135_03/13503dle04
69. BOE. *Boletín de 11 de febrero de 1970*. n.º: 36. pág.: 2186. En: <https://www.boe.es/boe/dias/1970/02/11/pdfs/A02186-02186.pdf>
70. BOE. *Boletín de 20 de julio de 1977*. n.º: 172. pág.: 16223. En: <https://www.boe.es/boe/dias/1977/07/20/pdfs/A16223-16224.pdf>



71. BOE. *Boletín de 18 de abril de 1977*. n.º: 92. pág.: 8355. En: <https://www.boe.es/boe/dias/1977/04/18/pdfs/A08355-08355.pdf>
72. DOPV-EAE. *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
73. GM. *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>
74. Castells Artech JM. *La aplicación del Estatuto de octubre de 1936: La acción institucionalizadora del Gobierno Vasco*. Iura Vasconiae, 10. 2013: 491-513. En: <https://www.revistauravasconiae.eus/es/content/10-iura-vasconiae-491-513-la-aplicación-del-estatuto-de-octubre-de-1936-la-acción>
75. Granjel M. *La Facultad de Medicina de 1936*. Cuadernos de Sección. Ciencias Médicas 2. *Estampas históricas de la medicina vasca*. Donostia: Eusko Ikaskuntza. 1992. pp.: 33-48. En: <https://core.ac.uk/download/pdf/11502702.pdf>
76. DOPV-EAE. *Boletín de 18 de diciembre de 1936*. n.º: 71. pp.: 581-582. En: https://liburutegibiltegi.bizkaia.eus/bitstream/id/60585/b11274748_1936_12_18.PDF
77. 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.
78. 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>
79. BOE.(Burgos). *Boletín de 24 de junio de 1937*. n.º: 247. pág.: 2042. En: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1937/247/A02042-02042.pdf>
80. BOE. *Boletín de 22 de febrero de 1947*. n.º: 53. pp.: 1304-1305. En: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1947/053/A01304-01305.pdf>
81. 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
82. GREDOS. *Expediente personal de Román Alberca Lorente*. Repositorio documental de la Universidad de Salamanca. AUSA. *Expedientes personales de profesores de la USAL*. En: <https://gredos.usal.es/jspui/handle/10366/19342?mode=simple>
83. BOE. *Boletín de 5 de agosto de 1950*. n.º: 217. pág.: 3440. En: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1950/217/A03440-03440.pdf>
84. BOE. *Boletín de 6 de agosto de 1950*. n.º: 218. pág.: 3446. En: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1950/218/A03446-03446.pdf>
85. BOE. *Boletín de 28 de octubre de 1950*. n.º: 301. pág.: 5030. En: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1950/301/A05030-05030.pdf>
86. 3-BOE. *Boletín de 4 de noviembre de 1950*. n.º: 308. pág.: 5135. En: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1950/308/A05135-05135.pdf>
87. BOE. *Boletín de 4 de enero de 1951*. n.º: 4. pág.: 49. En: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1951/004/A00049-00049.pdf>
88. BOE. *Boletín de 3 de junio de 1949*. n.º: 154. pág.: 2535. En: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1949/154/A02535-02535.pdf>
89. BOE. *Boletín de 26 de febrero de 1951*. n.º: 57. pág.: 848. En: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1951/057/A00848-00848.pdf>
90. BOE. *Boletín de 17 de junio de 1951*. n.º: 168 pág.: 2912. En: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1951/168/A02912-02912.pdf>
91. BOE. *Boletín de 14 de diciembre de 1951*. n.º: 348. pp.: 5623-5624. En: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1951/348/A05623-05624.pdf>
92. BOE. *Boletín de 13 de abril de 1952*. n.º: 104. pág.: 1686. En: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1952/104/A01686-01686.pdf>
93. BOE. *Boletín de 12 de junio de 1952*. n.º: 164. pág.: 2644. En: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1952/164/A02644-02644.pdf>
94. BOE. *Boletín de 11 de octubre de 1952*. n.º: 285. pág.: 4671. En: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1952/285/A04671-04671.pdf>
95. BOE. *Boletín de 9 de noviembre de 1952*. n.º: 314. pág.: 5178. En: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1952/314/A05178-05178.pdf>
96. BOE. *Boletín de 18 de enero de 1953*. n.º: 18. pp.: 353-354. En: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1953/018/A00353-00354.pdf>
97. BOE. *Boletín de 21 de enero de 1953*. n.º: 21. pág.: 439. En: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1953/021/A00439-00439.pdf>
98. Angosto T. *José Pérez-López Villamil o la pasión por el recuerdo*. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 1985; 5, 15: 484-492. En: <http://www.revistaen.es/index.php/aen/article/view/14837>
99. BOE. *Boletín de 31 de marzo de 1954*. n.º: 90. pág.: 1955. En: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1954/090/A01955-01955.pdf>
100. BOE. *Boletín de 27 de julio de 1954*. n.º: 208. pág.: 5177. En: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1954/208/A05177-05177.pdf>
101. BOE. *Boletín de 17 de noviembre de 1954*. n.º: 321. pág.: 7695. En: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1954/321/A07695-07695.pdf>
102. BOE. *Boletín de 22 de diciembre de 1954*. n.º: 356. pág.: 8452. En: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1954/356/A08452-08452.pdf>
103. BOE. *Boletín de 18 de febrero de 1955*. n.º: 49. pág.: 1058. En: <https://boe.es/datos/pdfs/BOE//1955/049/A01058-01058.pdf>
104. BOE. *Boletín de 29 de enero de 1957*. n.º: 29. pág.: 517. En: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1957/029/A00517-00517.pdf>
105. BOE. *Boletín de 29 de enero de 1957*. n.º: 29. pág.: 535. En: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1957/029/A00535-00535.pdf>
106. BOE. *Boletín de 10 de junio de 1957*. n.º: 151. pág.: 2169. En: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1957/151/B02168-02170.pdf>
107. BOE. *Boletín de 28 de julio de 1958*. n.º: 179. pág.: 6852. En: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1958/179/B06852-06852.pdf>
108. BOE. *Boletín de 8 de enero de 1959*. n.º: 7. pág.: 413. En: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1959/007/A00413-00413.pdf>
109. BOE. *Boletín de 12 de junio de 1959*. n.º: 40. pág.: 8429. En: <https://boe.es/datos/pdfs/BOE//1959/140/A08429-08429.pdf>
110. BOE. *Boletín de 13 de agosto 1959*. n.º: 193. pág.: 10909. En: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1959/193/A10909-10909.pdf>
111. Castilla del Pino C. *Casa del olivo: autobiografía (1949-2003)*. Barcelona: Tusquets editores S.A. 2004. pp.: 251-263.
112. Gómez Santos M. *López Ibor. El hilo rojo en su pensamiento*. Madrid: Biblioteca Nueva. 2007. pp.: 123-126.
113. Gorrotxategi Gorrotxategi P. *Luis Martín-Santos. Historia de un compromiso*. Donostia-San Sebastián: Publicaciones del Instituto Dr. Camino de Historia Donostiarra. Fundación Social y Cultural Kutxa. Colección Monografías, n.º: 39. 1995. pág.: 142.
114. Ortega-Monasterio L. *Una pincelada respecto a la psiquiatría del siglo XX*. En: *La Psiquiatría ante la historia de la cultura*. Barcelona: Colección Real Academia Europea de Doctores. 2022. pp.: 101-127. En: https://raed.academy/wp-content/uploads/2022/11/libro-ingreso-Leopoldo-Ortega-Monasterio-La-psiquiatría-ante-la-historia-de-la-cultura_cmpr.pdf

115. Carbonell Masiá C. *Francisco Llavero Avilés*. Real Academia de la Historia. En: VV. AA. *Biografías*. Real Academia de la Historia. Diccionario Biográfico electrónico (DB~e). 2018. En: <https://dbe.rah.es/biografias/28266/francisco-llavero-aviles>
116. BOE. *Boletín de 9 de marzo de 1973*. n.º: 59. pp.: 4719-4720. En: <https://www.boe.es/boe/dias/1973/03/09/pdfs/A04719-04720.pdf>
117. BOE. *Boletín de 22 de mayo de 1973*. n.º: 122. pág.: 10278. En: <https://www.boe.es/boe/dias/1973/05/22/pdfs/A10278-10278.pdf>
118. BOE. *Boletín de 30 de mayo de 1973*. n.º: 129. pág.: 10929. En: <https://www.boe.es/boe/dias/1973/05/30/pdfs/A10929-10929.pdf>
119. BOE. *Boletín de 15 de septiembre de 1973*. n.º: 222. pág.: 18045. En: <https://www.boe.es/boe/dias/1973/09/15/pdfs/A18045-18045.pdf>
120. BOE. *Boletín de 2 de febrero de 1973*. n.º: 29. pág.: 1908-1909. En: <https://www.boe.es/boe/dias/1973/02/02/pdfs/A01908-01909.pdf>
121. BOE. *Boletín de 1 de noviembre de 1973*. n.º: 262. pág.: 21084. En: <https://www.boe.es/boe/dias/1973/11/01/pdfs/A21084-21084.pdf>
122. BOE. *Boletín de 20 de diciembre de 1973*. n.º: 304. pág.: 24678. En: <https://www.boe.es/boe/dias/1973/12/20/pdfs/A24678-24678.pdf>
123. BOE. *Boletín de 20 de julio de 1977*. n.º: 172. pág.: 16223. En: <https://www.boe.es/boe/dias/1977/07/20/pdfs/A16223-16224.pdf>
124. BOE. *Boletín de 6 de diciembre de 1977*. n.º: 291. pág.: 26788. En: <https://www.boe.es/boe/dias/1977/12/06/pdfs/A26788-26788.pdf>
125. BOE. *Boletín de 13 de octubre de 1977*. n.º: 245. pp.: 22543-22544. En: <https://www.boe.es/boe/dias/1977/10/13/pdfs/A22543-22544.pdf>
126. USAL (Universidad de Salamanca). *Memoria del Año Académico 1977-1978*. Salamanca: Ed. Universidad de Salamanca. pág.: 75. 1979. En: <https://gredos.usal.es/handle/10366/84221>
127. BOE. *Boletín de 6 de septiembre de 1976*. n.º: 214. pág.: 17394. En: <https://www.boe.es/boe/dias/1976/09/06/pdfs/A17394-17394.pdf>
128. Real Academia de Medicina de Salamanca (Web). *Académicos fallecidos: Ledesma Jimeno, Alfonso*. 2023. En: <https://ramsa.org/2022/03/26/alfonso-ledesma-jimeno/>
129. BOE. *Boletín de 24 de enero de 1967*. n.º: 20. pág.: 1031. En: <https://www.boe.es/boe/dias/1967/01/24/pdfs/A01031-01031.pdf>
130. BOE. *Boletín de 19 de enero de 1967*. n.º: 16. pág.: 852. En: <https://www.boe.es/boe/dias/1967/01/19/pdfs/A00852-00852.pdf>
131. BOE. *Boletín de 28 de marzo de 1967*. n.º: 74. pág.: 4141. En: <https://www.boe.es/boe/dias/1967/03/28/pdfs/A04141-04141.pdf>
132. BOE. *Boletín de 9 de mayo de 1980*. n.º: 112. pág.: 10051. En: <https://www.boe.es/boe/dias/1980/05/09/pdfs/A10051-10051.pdf>
133. BOE. *Boletín de 5 de febrero de 1953*. n.º: 36. pág.: 785. En: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE/1953/03/06/A00785-00785.pdf>
134. BOE. *Boletín de 6 de abril de 1953*. n.º: 96. pág.: 1848. En: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE/1953/04/06/A01848-01848.pdf>
135. Díaz Rubio M. *Rojas Ballesteros, Luis*. En: *Médicos españoles del siglo XX: tercera serie*. Madrid: You & Us. 2008. En: <https://medicoshistoricos.ucm.es/s/medes/item/835872>
136. BOE. *Boletín de 24 de junio de 1975*. n.º: 150. pág.: 13732. En: <https://www.boe.es/boe/dias/1975/06/24/pdfs/A13732-13732.pdf>
137. BOE. *Boletín de 19 de agosto de 1975*. n.º: 198. pág.: 17571. En: <https://www.boe.es/boe/dias/1975/08/19/pdfs/A17571-17571.pdf>
138. BOE. *Boletín de 19 de agosto de 1975*. n.º: 198. pp.: 17570-17571. En: <https://www.boe.es/boe/dias/1975/08/19/pdfs/A17570-17571.pdf>
139. BOE. *Boletín de 21 de octubre de 1975*. n.º: 252. pág.: 22114. En: <https://www.boe.es/boe/dias/1975/10/21/pdfs/A22113-22114.pdf>
140. BOE. *Boletín de 3 de abril de 1976*. n.º: 81. pág.: 6764. En: <https://www.boe.es/boe/dias/1976/04/03/pdfs/A06764-06764.pdf>
141. BOE. *Boletín de 20 de agosto de 1974*. n.º: 199. pág.: 17191. En: <https://www.boe.es/boe/dias/1974/08/20/pdfs/A17191-17191.pdf>
142. BOE. *Boletín de 20 de enero de 1978*. n.º: 17. pág.: 1429. En: <https://www.boe.es/boe/dias/1978/01/20/pdfs/A01429-01429.pdf>
143. BOE. *Boletín de 26 de abril de 1960*. n.º: 100. pp.: 5479-5480. En: <https://www.boe.es/boe/dias/1960/04/26/pdfs/A05479-05480.pdf>
144. BOE. *Boletín de 16 de julio de 1960*. n.º: 170. pág.: 9914. En: <https://www.boe.es/boe/dias/1960/07/16/pdfs/A09914-09914.pdf>
145. BOE. *Boletín de 20 de noviembre de 1965*. n.º: 278. pág.: 15747. En: <https://www.boe.es/boe/dias/1965/11/20/pdfs/A15747-15747.pdf>
146. BOE. *Boletín de 17 de mayo de 1966*. n.º: 117. pág.: 6064. En: <https://www.boe.es/boe/dias/1966/05/17/pdfs/A06064-06064.pdf>
147. BOE. *Boletín de 2 de mayo de 1966*. n.º: 104. pp.: 5301-5302. En: <https://www.boe.es/boe/dias/1966/05/02/pdfs/A05301-05302.pdf>
148. BOE. *Boletín de 5 de julio de 1966*. n.º: 159. pág.: 8459. En: <https://www.boe.es/boe/dias/1966/07/05/pdfs/A08459-08459.pdf>
149. BOE. *Boletín de 8 de julio de 1966*. n.º: 162. pág.: 8668. En: <https://www.boe.es/boe/dias/1966/07/08/pdfs/A08668-08668.pdf>
150. BOE. *Boletín de 11 de agosto de 1966*. n.º: 191. pág.: 10479. En: <https://www.boe.es/boe/dias/1966/08/11/pdfs/A10479-10479.pdf>
151. BOE. *Boletín de 3 de octubre de 1966*. n.º: 236. pp.: 12481-12482. En: <https://www.boe.es/boe/dias/1966/10/03/pdfs/A12481-12482.pdf>
152. BOE. *Boletín de 8 de enero de 1975*. n.º: 7. pág.: 361. En: <https://www.boe.es/boe/dias/1975/01/08/pdfs/A00361-00361.pdf>
153. BOE. *Boletín de 31 de marzo de 1975*. n.º: 77. pág.: 6523. En: <https://www.boe.es/boe/dias/1975/03/31/pdfs/A06523-06523.pdf>
154. BOE. *Boletín de 7 de septiembre de 1976*. n.º: 214. pág.: 17469. En: <https://www.boe.es/boe/dias/1976/09/07/pdfs/A17469-17469.pdf>
155. BOE. *Boletín de 20 de agosto de 1974*. n.º: 199. pág.: 17191-17192. En: <https://www.boe.es/boe/dias/1974/08/20/pdfs/A17191-17192.pdf>
156. BOE. *Boletín de 2 de agosto de 1966*. n.º: 183. pp.: 9999-10000. En: <https://www.boe.es/boe/dias/1966/08/02/pdfs/A09999-10000.pdf>
157. BOE. *Boletín de 23 de mayo de 1967*. n.º: 122. pág.: 6979. En: <https://www.boe.es/boe/dias/1967/05/23/pdfs/A06979-06979.pdf>
158. BOE. *Boletín de 11 de septiembre de 1967*. n.º: 217. pág.: 12365. En: <https://www.boe.es/boe/dias/1967/09/11/pdfs/A12365-12365.pdf>
159. BOE. *Boletín de 16 de abril de 1969*. n.º: 91. pág.: 5606-5607. En: <https://www.boe.es/boe/dias/1969/04/16/pdfs/A05606-05607.pdf>
160. BOE. *Boletín de 7 de octubre de 1969*. n.º: 240. pág.: 15678. En: <https://www.boe.es/boe/dias/1969/10/07/pdfs/A15678-15678.pdf>
161. BOE. *Boletín de 11 de noviembre de 1969*. n.º: 270. pág.: 17553. En: <https://www.boe.es/boe/dias/1969/11/11/pdfs/A17553-17553.pdf>
162. BOE. *Boletín de 29 de noviembre de 1969*. n.º: 286. pág.: 18589. En: <https://www.boe.es/boe/dias/1969/11/29/pdfs/A18589-18589.pdf>
163. BOE. *Boletín de 21 de octubre de 1971*. n.º: 252. pág.: 16966. En: <https://www.boe.es/boe/dias/1971/10/21/pdfs/A16966-16966.pdf>



164. BOE. *Boletín de 15 de diciembre de 1971*. n.º: 299. pág. 20226. En: <https://www.boe.es/boe/dias/1971/12/15/pdfs/A20226-20226.pdf>
165. BOE. *Boletín de 23 de febrero de 1972*. n.º: 46. pág.: 3255. En: <https://www.boe.es/boe/dias/1972/02/23/pdfs/A03255-03255.pdf>
166. BOE. *Boletín de 21 de abril de 1972*. n.º: 96. pág.: 7075. En: <https://www.boe.es/boe/dias/1972/04/21/pdfs/A07075-07075.pdf>
167. BOE. *Boletín de 30 de julio de 1971*. n.º: 181. pág.: 12456. En: <https://www.boe.es/boe/dias/1971/07/30/pdfs/A12456-12456.pdf>
168. BOE. *Boletín de 11 de julio de 1972*. n.º: 165. pág.: 12504. En: <https://www.boe.es/boe/dias/1972/07/11/pdfs/A12504-12504.pdf>
169. BOE. *Boletín de 20 de septiembre de 1972*. n.º: 226. pág.: 17010. En: <https://www.boe.es/boe/dias/1972/09/20/pdfs/A17010-17010.pdf>
170. BOE. *Boletín de 10 de septiembre de 1975*. n.º: 217. pág.: 19186. En: <https://www.boe.es/boe/dias/1975/09/10/pdfs/A19186-19186.pdf>
171. BOE. *Boletín de 1 de diciembre de 1977*. n.º: 287. pág.: 26439. En: <https://www.boe.es/boe/dias/1977/12/01/pdfs/A26439-26439.pdf>
172. BOE. *Boletín de 19 de noviembre de 1968*. n.º: 278. pág.: 16451. En: <https://www.boe.es/boe/dias/1968/11/19/pdfs/A16451-16452.pdf>
173. BOE. *Boletín de 23 de abril de 1969*. n.º: 97. pág.: 6054. En: <https://www.boe.es/boe/dias/1969/04/23/pdfs/A06054-06054.pdf>
174. El Médico Interactivo. *José Giner Ubago, nuevo presidente de la Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental*. El Médico Interactivo. Publicado el 20/02/2009. En: <https://elmedicointeractivo.com/jose-giner-ubago-nuevo-presidente-fundacion-espanhola-psiQUIATRIA-y-salud-mental-20110824194323067954/>
175. Blanco Picabía I. *Validación del test Z previa su baremación*. Tesis doctoral (J. Giner Ubago, Dir.). Departamento de Psiquiatría y Psicología médica. Universidad de Sevilla. 1978. 2 vols. En: <https://idus.us.es/handle/11441/42257>
176. BOE. *Boletín de 19 de abril de 1975*. n.º: 94. pág.: 8274. En: <https://www.boe.es/boe/dias/1975/04/19/pdfs/A08274-08274.pdf>
177. BOE. *Boletín de 28 de enero de 1976*. n.º: 24. pág.: 1836. En: <https://www.boe.es/boe/dias/1976/01/28/pdfs/A01836-01836.pdf>
178. Santiuste de Pablos M. *Cap. 8. Demetrio Barcia y la cátedra de Psiquiatría*. En: VV.AA. *Historia de la psiquiatría murciana. Parte 2*. (F. Martínez y L. Coy). Murcia: Consejería de Sanidad. Servicio Murciano de Salud. Imprenta Regional. 2007. pp.: 129-135. En: <https://sms.carm.es/ricsmur/handle/123456789/4490>
179. Martínez Benítez S. *La transformación de la Asistencia Psiquiátrica en Murcia: 1980-1995*. Tesis doctoral (Dir.: P. Maset y R. Huertas). Departamento de Ciencias Sociosanitarias. Universidad de Murcia. 2015. pág.: 62. En: <https://digitum.um.es/digitum/handle/10201/45844>
180. Diario Médico (Internet). *Demetrio Barcia Salorio, un gallego capaz de encontrar belleza hasta en la locura*. Psiquiatría. A corazón abierto. 6 abril 2006. s/p. En: https://www.diariomedico.com/medicina/psiquiatria/capaz-de-encontrar-belleza-hasta-en-la-locura.html?check_logged_in=1
181. BOE. *Boletín de 18 de mayo de 1974*. n.º: 119. pág.: 10218. En: <https://www.boe.es/boe/dias/1974/05/18/pdfs/A10218-10218.pdf>
182. BOE. *Boletín de 11 de mayo de 1961*. n.º: 112. pág.: 7141. En: <https://www.boe.es/boe/dias/1961/05/11/pdfs/A07141-07141.pdf>
183. BOE. *Boletín de 15 de agosto de 1968*. n.º: 196. pág.: 12127. En: <https://www.boe.es/boe/dias/1968/08/15/pdfs/A12127-12127.pdf>
184. BOE. *Boletín de 14 de agosto de 1974*. n.º: 194. pág.: 16811. En: <https://www.boe.es/boe/dias/1974/08/14/pdfs/A16811-16811.pdf>
185. BOE. *Boletín de 14 de agosto de 1974*. n.º: 194. pág.: 16810. En: <https://www.boe.es/boe/dias/1974/08/14/pdfs/A16810-16810.pdf>
186. BOE. *Boletín de 10 de octubre de 1974*. n.º: 243. pág.: 20598. En: <https://www.boe.es/boe/dias/1974/10/10/pdfs/A20598-20598.pdf>
187. BOE. *Boletín de 23 de mayo de 1975*. n.º: 123. pág.: 10910. En: <https://www.boe.es/boe/dias/1975/05/23/pdfs/A10910-10910.pdf>
188. BOE. *Boletín de 20 de octubre de 1975*. n.º: 251. pág.: 22046. En: <https://www.boe.es/boe/dias/1975/10/20/pdfs/A22046-22046.pdf>
189. BOE. *Boletín de 21 de octubre de 1981*. n.º: 252. pág.: 24679. En: <https://www.boe.es/boe/dias/1981/10/21/pdfs/A24679-24679.pdf>
190. BOE. *Boletín de 22 de agosto de 1977*. n.º: 200. pág.: 18751. En: <https://www.boe.es/boe/dias/1977/08/22/pdfs/A18751-18751.pdf>
191. BOE. *Boletín de 3 de marzo de 1976*. n.º: 54. pág.: 4425. En: <https://www.boe.es/boe/dias/1976/03/03/pdfs/A04425-04425.pdf>
192. BOE. *Boletín de 23 de julio de 1976*. n.º: 176. pág.: 14265. En: <https://www.boe.es/boe/dias/1976/07/23/pdfs/A14265-14265.pdf>
193. BOE. *Boletín de 21 de junio de 1975*. n.º: 148. pág.: 13546. En: <https://www.boe.es/boe/dias/1975/06/21/pdfs/A13546-13546.pdf>
194. Universidad de Valladolid. Repositorio documental. *Vicerrectorado de Ordenación Académica y Profesorado*. En: Memoria del curso académico 2007-2008. Anuarios. 2008. pp.: 29-38. En: <https://uvadoc.uva.es/handle/10324/2871>
195. BOE. *Boletín de 7 de junio de 1968*. n.º: 137. pág.: 8254. En: <https://www.boe.es/boe/dias/1968/06/07/pdfs/A08254-08255.pdf>
196. Colegio Oficial de Médicos de Valencia. *Premio Certamen Médico*. Valencia Médica. 2017; 7: 8-10. En: <https://www.comv.es/wp-content/uploads/2019/03/Revista-ICOMV-Enero-2017.pdf>
197. BOE. *Boletín de 10 de diciembre de 1979*. n.º: 295. pág.: 28353. En: <https://www.boe.es/boe/dias/1979/12/10/pdfs/A28353-28353.pdf>
198. BOE. *Boletín de 29 de enero de 1975*. n.º: 25. pp.: 1940-1941. En: <https://www.boe.es/boe/dias/1975/01/29/pdfs/A01940-01941.pdf>
199. BOE. *Boletín de 13 de octubre de 1976*. n.º: 246. pág.: 19997. En: <https://www.boe.es/boe/dias/1976/10/13/pdfs/A19997-19997.pdf>
200. BOE. *Boletín de 26 de enero de 1978*. n.º: 22. pág.: 1963. En: <https://www.boe.es/boe/dias/1978/01/26/pdfs/A01963-01963.pdf>
201. Vaquero Puerta C. *La presencia de la mujer en la Facultad de Medicina de Valladolid*. Archivos de la Facultad de Medicina de Valladolid. 2019; 1,1: 41-44. En: <https://med.uva.es/storage/2014/10/ARCHIVOS-n%C2%BA-1-WEB.pdf>

- Recibido: 23/07/2024.
- Aceptado: 15/10/2024.



In Memoriam: David Goldberg (1934-2024).

Ander Retolaza.

El pasado 5 de septiembre de 2024 falleció, a los 90 años de edad, David Goldberg, tras un proceso de Enfermedad de Alzheimer. Sin duda, se trata de uno de los más conocidos e influyentes psiquiatras de su generación. David Paul Brandes Goldberg nació en Londres en enero de 1934. Procedía de una familia judía que, en el Siglo XIX, había emigrado de Alemania al Reino Unido. En una entrevista realizada en 2019 confesó, al también psiquiatra Dinesh Bhugra, que, durante un tiempo, su padre tuvo dispuesto un frasco con barbitúricos con el propósito de envenenar a toda la familia en el caso de que Hitler hubiera invadido Gran Bretaña. Como recuerdo, David acabó guardando este frasco en un cajón de su escritorio. Durante los primeros años de la guerra la familia se mudó, temporalmente, a Oxfordshire, pero los niños, especialmente David, lo pasaron mal y fueron intimidados por ser forasteros de Londres.

Goldberg fue un psiquiatra de vocación muy temprana, hasta el punto de que su padre tuvo que insistir en que, para lograr su objetivo, debía antes graduarse en medicina. Su talento innovador le llevó a ser uno de los primeros mentores de la trascendencia de la salud mental en la atención primaria, cuando aún casi todo el mundo pensaba que los trastornos mentales eran cosa de selectos especialistas.

También fue autor del GHQ, uno de los cuestionarios de criba para la detección de trastornos mentales en contextos comunitarios y de salud general más extendido a nivel internacional. Goldberg y su equipo de trabajo construyeron la primera versión del GHQ, de 60 ítems, a partir del *Cornell Medical Index*, uno de los primerísimos cuestionarios para establecer la presencia de posibles trastornos mentales, que se había utilizado con soldados durante la 2ª Guerra Mundial. Después vendrían las versiones, progresivamente reducidas del GHQ, con 30, 28 y 12 ítems, que seguían manteniendo un muy buen balance entre sensibilidad y especificidad y una buena capacidad de discriminación para los trastornos mentales más comunes.

El joven Goldberg se matriculó en psicología en la Universidad de Oxford, donde, haciendo caso a su progenitor, también cursó el grado de medicina. Finalmente completó su entrenamiento clínico en el St. Thomas' Hospital en Londres, en 1959. Muy pronto adquirió reputación en el campo de la epidemiología y la psiquiatría social, proponiendo mejoras también en el abordaje clínico. Cuarenta años más tarde, ya jubilado y emérito del del King's College, aún valoraba la importancia de haber iniciado sus estudios por la psicología, insistiendo en que -gracias a ello- había conseguido llegar con mayor naturalidad a la psiquiatría social y mejorado su práctica asistencial.

Atraído por los escritos del psiquiatra y profesor Sir Aubrey Lewis, en 1963, se incorporó al recientemente creado Instituto de Psiquiatría, Psicología y Neurociencias (IPPN) del King's College en Londres, donde tuvo por jefe al profesor Michael Shepherd, quien había organizado una Unidad de Investigación sobre Medicina General en el propio Instituto. Desde el principio, Goldberg se sintió fascinado de cómo los médicos generales (GPs) lidiaban a diario con los problemas psicológicos de sus pacientes. Esta circunstancia, que está en el inicio de su carrera como investigador, le empujó a intentar convencer a Shepherd sobre la necesidad de introducir algún cuestionario de criba que ayudara a los médicos de familia en su tarea. En 1970 desarrolló el *Standardised Clinical Interview Schedule* y, poco más tarde el *General Health Questionnaire (GHQ)*, hoy aún en uso, cuya primera edición data de 1972. Traducido y adaptado a varios idiomas, incluido el chino, el GHQ quizá haya

sido el cuestionario más utilizado en servicios de atención primaria de todo el mundo. Antes, en 1966, había contraído matrimonio con Ilfra Pink. Se conocieron con motivo de una sesión clínica en la que ella presentaba un caso. Tuvieron cuatro hijos: Paul, Charlotte, Kate y Emma.

Tras un año como profesor asistente en la Universidad de Filadelfia, en los Estados Unidos, Goldberg había ganado experiencia en psiquiatría comunitaria y, en 1967, decidió retornar al Reino Unido en calidad de *Senior Lectureship*, grado que alcanzó en 1969 por la Universidad de Manchester. Finalmente, y en el mismo año en que se editó el GHQ, fue promovido a jefe del Departamento de Psiquiatría y Ciencias de la Conducta. A partir de ese momento su reputación como investigador acrecentó su influencia profesional. Comenzó organizando cursos de entrenamiento en formato breve, dirigidos a médicos generalistas, primero en el Reino Unido y, luego, en diversos países. Durante el curso 1978-1979 retornó a los Estados Unidos, ahora como profesor visitante, encontrando nuevos desafíos clínicos y en materia de formación, tanto en Charleston (Carolina del Sur) como de nuevo en Filadelfia.

Trabajó siempre bajo una perspectiva de salud pública y psiquiatría comunitaria, lo que le llevó a ser un auténtico pionero en el campo. Su compromiso y firmeza en este enfoque atrajeron a muchos profesionales de diversos países para trabajar con él.

En 1980 publicó, junto con Peter Huxley, un texto que creó época: *Mental Illness in the Community. The Pathway to Psychiatric Care*, cuya traducción española, *Enfermedad Mental en la Comunidad*, fue publicado por Ediciones Nieva, en 1990, con un prólogo de Alberto Fernández Liria y un prefacio de Michael Shepherd a la edición inglesa. Este libro resumía tanto investigaciones propias como de otros autores y proponía un marco de trabajo para la psiquiatría comunitaria y su relación con la atención primaria.

David Golberg estuvo numerosas veces en España, ejerciendo actividades de asesoría y formación de profesionales. También acudiendo a congresos y sesiones de trabajo a las que era invitado con asiduidad. En los primeros años 80, junto con otros colegas del Reino Unido, fue contratado por el Departamento de Salud del Gobierno Vasco con el objetivo de impartir formación a una primera generación de psiquiatras que iniciábamos nuestro trabajo en el recientemente creado Servicio Vasco de Salud/Osakidetza. Varios de nosotros le conocimos y tratamos en esas circunstancias.

En 1993, Goldberg retornó al IPPN, asociado al prestigioso Hospital Maudsley, como director de Investigación y Desarrollo y *Chair of Psychiatry*. Aún mantenía su energía innovadora e insistía en la importancia de *escuchar* a los pacientes y mejorar los métodos de entrenamiento de los profesionales. Le gustaba retar a sus pupilos a fin de estimularlos y, ya por entonces, utilizaba entrevistas videograbadas a fin de apreciar mejor con ellos cómo llevar a cabo una práctica clínica de excelencia. Tanto el gobierno del Reino Unido, como los de otros países, solicitaron su consejo en numerosas ocasiones. También fue asesor de la OMS durante 25 años.

Aunque jubilado en el año 2000, continuó ejerciendo como experto en la enseñanza de habilidades profesionales dirigidas a jóvenes psiquiatras y médicos de familia en Europa del Este, África, China y Japón. Sus contribuciones le valieron el título de caballero británico (Sir) en 1997. En 2009, recibió el *Lifetime Achievement Award* del Royal College of Psychiatrists.

Aunque nunca dejó de manifestarse con un inconfundible aire académico, era amable y transparente con sus estudiantes y colegas. Siempre estuvo abierto al debate y a las ideas de sus equipos interdisciplinarios, donde se podía ver tanto a estudiantes de medicina o de psicología, como personal de enfermería o trabajo social. Y, a pesar de mostrarse ante los demás como una persona contenida, ejercía la británica virtud de no tomarse a sí mismo demasiado en serio.

Contacto: Ander Retolaza ✉ ander.retolaza@telefonica.net
Psiquiatra. Asociación Vasca de Salud Mental (OME-AEN)

Referencias

Goldberg DP, Blackwell B: *Psychiatric illness in general practice. A detailed study using a new method of case identification*. British Medical Journal, 1970, 2: 439-443.

Goldberg DP: *Manual of the General Health Questionnaire*. Windsor. NFER Publishing Company. 1978.

Goldberg DP, Huxley P: *Mental Illness in the Community. The Pathway to Psychiatric Care*. London and New York. Tavistock Publications. 1980.

Chan DW, Chan TSC: *Reliability, validity and the structure of the General Health Questionnaire in a Chinese context*. Psychological Medicine, 1983, 13: 363-371.

Watts G: *Obituary*. www.thelancet.com, 2024. Vol. 404, October 5, p. 1300.

Bhugra D: *Obituary*. The Guardian. 2024, wed, 9 oct.

Einstein y Freud desearon la paz en Palestina.

Einstein and Freud wanted peace in Palestine.

Iñaki Markez y Luis Pacheco.

Psiquiatras. Miembros de la Sección de Historia de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao y de la Sección de Historia de la AEN.

Resumen: El pionero del psicoanálisis, antes de la primera Gran Guerra, y el sabio que cambió el mundo, quedaron marcados por un brutal y cruel conflicto bélico como nunca anteriormente se había conocido. Freud y Einstein, de mundos científicos alejados, iconos en la historia de las ideas, si vivieran hoy, quedarían escandalizados por los acontecimientos bélicos y se declararían pacifistas, antifascistas y antimilitaristas, como lo manifestaron cien años antes, buscando una sociedad más culta, a la que se enseñara a reflexionar, donde pudiéramos pensar en una vida sin desigualdades.

Palabras clave: Freud, Einstein, Arendt, historia, guerra, paz, Palestina, sionismo.

Abstract: The pioneer of psychoanalysis, before the first Great War, and the sage who changed the world, were marked by a brutal and cruel military conflict such as had never been known before. Freud and Einstein, from distant scientific worlds, icons in the history of ideas, if they were alive today, would be scandalized by the events of war and would declare themselves pacifists, anti-fascists and anti-militarists, as they had said a hundred years earlier, seeking a more cultured society, which would be taught to reflect, where we could think of a life without inequalities.

Keyword: Freud, Einstein, Arendt, history, war, peace, Palestine, zionism.

Tenemos el planeta manchado de áreas en conflicto bélico con muchos millones sufriendo sus consecuencias, directamente por las armas o transitando en su recorrido migratorio hacia donde les abran alguna puerta. Mientras, los gobiernos que dicen luchar por la paz se dedican a azuzar con más guerras trasladando cantidades sin fin de armas y ejércitos cual bomberos pirómanos. Con guerras olvidadas, guerras sin nombre y guerras sin fin que están ahí al lado de otras muchas. Y frecuentes invasiones de territorios por parte, sobre todo, de EE.UU., pero también por Rusia, Israel, Reino Unido y otros países que, descargan miles de toneladas de bombas justificadas... por sus políticas expansionistas.

Nos rodean las violencias, con muchas caras, mientras nos presentan guerras por doquier, con imagen de impunidad pues el derecho a matar prevalece sobre los derechos humanos y a la propia vida. Sin impedimento para deshacer promesas, deberes y leyes acordadas internacionalmente. Olvidan los derechos de las personas y la misma paz. Olvidan consensuadas leyes y mandatos, hasta el *no matarás* escrito por el dedo divino. Con mantenidas distorsiones del discurso hacia la población, donde la violencia, la polarización social ("ellos" o "nosotros", los "malos" o los "buenos"), las mentiras (de guerra) relacionadas con la corrupción en las instituciones y el engaño en los discursos, mentiras cotidianas como "historia oficial", sin olvidar que el miedo a la guerra está presente en amplísimos sectores de la población, con sus mecanismos adaptativos y defensivos.

Sigmund Freud y Albert Einstein, contrarios a las guerras

Aquel pionero del psicoanálisis de finales del siglo XIX y albores del siglo XX, anterior a la primera Gran Guerra, y el sabio que cambió el mundo, se vieron marcados por un brutal conflicto bélico como nunca anteriormente se había conocido. Freud (1856-1939) y Einstein (1879-1955), que fallecieron con 83 y 76 años respectivamente, llegaron a encontrarse, aunque sus mundos científicos estuvieran tan alejados. Dos iconos en la historia de las ideas, tan dispares y cercanos, si vivieran en la actualidad, no solo quedarían escandalizados por los acontecimientos bélicos, sino que se declararían antifascistas, antimilitaristas y antisionistas, pues así se manifestaron cien años antes; pacifistas frente al aumento de ejércitos, contra las guerras. Afrontando, en el caso de Albert Einstein, situaciones contra las armas nucleares. Siempre, ambos, buscando una sociedad más culta.

Ambos realizaron recorridos históricos con miradas detenidas en sus vidas y obras. Dos ilustres opinadores en tiempos de guerras europeas y mundiales que se envuelven en la autoridad intelectual de genios que reflexionan de la guerra y el pacifismo activo y militante.

Freud llegó a conocer de cerca la guerra. En su infancia, a los diez años vivió el conflicto entre el Imperio Austríaco y Prusia. Cuatro años más tarde conoció la guerra franco-prusiana de los seis meses. En 1879, sin motivación alguna acudió al obligado servicio militar de un año, donde ante las rutinas cuarteleras, se dedicó a traducir ensayos de John Stuart Mill, y decía que el Servicio Militar se acompañaba de obligatoriedad, de ideario y acciones lejos de la sociedad civil, con cierto rol socializador, pero sin presencia de mujeres, con la elite dirigente –los mandos– como únicos que se capacitaban. Algo similar a épocas más cercanas y al presente.

Freud antes del inicio de la Gran Guerra, tenía posiciones chovinistas, muy entusiasta con los logros militares en el inicio bélico, al igual que socialistas y pacifistas que, antes, se habían opuesto al armamentismo y a la guerra, y ahora se subían a la ola de patriotismo, con manifestaciones multitudinarias. Sorprendía observar en Freud, que evitaba posiciones políticas y patrióticas, como se sumaba a la ola nacionalista, confiando en el rápido triunfo militar. Le preocupaba la guerra, su desenlace y la suerte de sus familiares, así como el futuro del movimiento psicoanalítico. La prolongación de la guerra y tener a sus hijos en ella hicieron mella. Freud aun creía que la guerra era algo inevitable y liberadora pues barrería a las sociedades europeas de corrupción, sacando lo mejor de las personas: patriotismo, lealtad, heroísmo... Impresionado porque no terminaría pronto la guerra y las enormes pérdidas de combatientes, sin llegar al año, eran cifras inimaginables: 800.000 bajas en Alemania y un millón en el diezmado ejército austrohúngaro. Francia había perdido 300.000 soldados. Sin contabilizar las muertes de población civil. Nadie buscaba paz negociada sino aliados que aportaran otros ejércitos y nuevas mortíferas armas. Todo ello fue extendiéndose al campo cultural y social.

Elegido miembro de la Academia Prusiana de Ciencias en 1913, Einstein volvió a la universidad de Berlín, y vivió en Alemania durante la I Guerra Mundial, un periodo donde se manifestó antimilitarista e internacionalista y, por ello, no bien visto desde los medios gubernamentales. Atribuía las guerras a la locura o la maldad humana, la de sus gobernantes que no pensaban en su sociedad; pronto reparó en los factores económicos y sociopolíticos como determinantes de las decisiones de los políticos para llevar a la guerra los deseos expansionistas.

Escritos de Freud, Einstein y Arendt sobre la guerra

Freud se ocupó del tema de las guerras ante la preocupación por los efectos en la vida psíquica. Durante unos años, abordó trabajos sobre el trauma psíquico, la neurosis traumática, las neurosis de guerra, el shock psicológico, etc. Morir por la Patria, era dar la vida por un significante representado por un objeto sagrado que podía ser un texto como la Constitución, la bandera patria o un pedazo de territorio a conquistar. Se reflejaba un exceso religioso en los conflictos bélicos. Y mantuvo correspondencia sobre la guerra con diversos personajes de las dos primeras décadas, con ciertas

inconsistencias y contradicciones. La conflagración bélica aportó elementos para reflexionar sobre las lógicas de la guerra y sus implicaciones subjetivas.

Con débil salud, Einstein, desde 1917 en unos años en los que su fama crecía exponencialmente por sus descubrimientos científicos, inició ciertas incursiones literarias hacia lo humano y relacional. En sus frecuentes conferencias acostumbraba dedicar sus minutos finales a hablar sobre la paz, la cultura y sobre algunos acontecimientos del momento. Su actitud ante la vida sorprendía a sus auditorios. Poco después escribió *Lo que creo* (1930) que, años más tarde, se tituló *El mundo tal como yo lo veo*, o *Mi visión del mundo* en pleno auge del fascismo. Antimilitarista y radical en su liberalismo que vivía en Berlín, con incertidumbres con la llegada del régimen nazi que le retiró la ciudadanía alemana por sus ideas por lo que marchó a EE.UU. Fue de los pocos físicos de prestigio en EE.UU. que no participó en el proyecto Manhattan, dirigido por Julius R. Oppenheimer, para la construcción de la bomba atómica, por decisión propia... y porque el FBI y el Ejército recelaron de él, considerándole un riesgo para la seguridad por sus ideas pacifistas y sus posibles contactos comunistas. No obstante, se le permitió asesorar a la Agencia de Artillería de la Marina. Curiosamente Einstein nunca fue miembro del Partido Comunista Americano, mientras que Oppenheimer sí lo había sido en los finales años 30 e inicio de los 40. Tras la guerra, escribió *¿Por qué el socialismo?* (Einstein, 1949), un ensayo un tanto anecdótico, publicado en la revista norteamericana *Monthly Review*, que acercaba su espíritu acerca del esfuerzo de cualquier economista, pues apuntaba las limitaciones de la ciencia económica, rechazando que fueran un maná de salvación para las sociedades avanzadas y luego se lamentan cuando estas fracasan pues, en realidad era una ciencia social (Einstein, 1949). Aquella bomba atómica condicionó la comprensión de la ciencia. Una ciencia empujada al servicio de la guerra, de ahí que poco después dijera:

"Cuando me preguntaron sobre algún arma capaz de contrarrestar el poder de la bomba atómica yo sugerí la mejor de todas: la paz. Un mundo sin armas y vivir con paz".

Antes, en 1931, la Comisión Permanente para la Literatura y las Artes, de la Liga de las Naciones –antecedente de la ONU–, encargó al Instituto Internacional de Cooperación Intelectual en París, dependiente de la Liga, que organizara un intercambio epistolar entre intelectuales de diferentes países "sobre temas escogidos para servir a los comunes intereses de la Liga de las Naciones y de la vida intelectual", y que diera a publicidad esas cartas en forma periódica. Se dirigió personalidades de diferentes países, preguntando por los posibles caminos pacíficos para evitar los daños de la guerra. También se comunicó con Freud, pues decía "¿quién mejor para esta tarea que Freud por su gran conocimiento sobre la psicología de las personas?" Y le envía una carta: ¿Por qué la guerra? y le pregunta en tono formal: "¿Hay algún camino para evitar a la humanidad el amargo destino de la guerra y protegerlos de sus estragos? (...) ¿Cómo es posible que una minoría ponga al servicio de sus ambiciones a la gran masa de la sociedad, pues de las guerras sólo obtiene sufrimiento y empobrecimiento?, ¿Cómo es posible que la masa, por efecto de esos medios artificiosos, se deje inflamar con tan insensato fervor y hasta el sacrificio de la vida?, ¿Existe la posibilidad de dirigir el desarrollo psíquico del hombre de manera que pueda estar mejor armado contra las psicosis de odio y de destrucción?".

El cartero entre Freud y Einstein *¿Por qué la guerra?*, en 1932-33, de difusión prohibida en Alemania, si bien se editó en París el año 1933 en francés, inglés y alemán (Freud y Einstein, 1933) y que ha trascendido desde hace pocos años, se adentró en el fracaso de las alternativas democráticas de la República de Weimar que favoreció el crecimiento electoral del partido nazi. Ambos, con sus opiniones, abrieron caminos para investigar desde sus campos de actuación. Con rechazo de culturas asociadas a las guerras, con el apoyo expreso a la educación y la cultura, la vía obligada para lograr gentes de "pensamiento propio". Aunque pareciera utópico para algunos, surgieron equipos de físicos y otros de analistas para aunar el conocimiento y continuar con la puerta abierta en los debates con nuevas investigaciones. Ambos tenían posiciones pacifistas basadas en argumentaciones filosóficas con sus respectivas vivencias ya tras la primera Guerra Mundial. Se sabían pertenecientes al ámbito científico internacional, aunque no podían imaginar que sus imágenes llegarían a ser icónicas.

Einstein llegó a proponer una asociación de sabios y científicos, de ámbito supranacional, con poder decisorio para dirimir conflictos, que regenere moral e intelectualmente a la humanidad basándose en

el pacifismo y la tolerancia (Einstein, 1980): “una asociación de este género sería sin duda víctima de todos los males que suelen destruir las asociaciones culturales, *peligros inseparablemente ligados a la naturaleza humana*”, e invitó a Freud a participar en el Instituto Internacional de Cooperación Intelectual. Este coincide con Einstein en que el modo de prevenir las guerras es lograr que sus sociedades logren una institución encargada de resolver los conflictos, aunque dudaba que la Liga de Naciones lograra resultados satisfactorios. El tiempo lo confirmó.

Einstein y Freud pasaron de la discrepancia a la sintonía. Por eso, dos meses después le respondió, con cautela, en una carta con idéntico título: *¿Por qué la guerra?* Inicialmente Freud quedó sorprendido por la petición de respuesta al escrito de Einstein, ya que opinaba que era algo utópico, escéptico ante las demandas existentes de limitación de armas, pero accedió y, con ello, ambos pudieron reflexionar con su cruce de cartas. Realizó diecisiete páginas como respuesta a la pregunta de Einstein un tanto optimista. Le permitía retomar su reflexión sobre la guerra abandonada hacía una década. Además, le parecía adecuada la existencia de una autoridad supranacional, pues la Sociedad de Naciones carecía de poder ya que las grandes potencias se la negaban.

Freud apuntó que no se le invitaba a ofrecer propuestas prácticas, sino sólo a indicar el aspecto que cobraba el problema de la prevención de las guerras desde una consideración psicológica o, más estrictamente, psicoanalítica. Le aclara que se debe ocupar no tanto de la guerra sino de la violencia apelada por los intereses y conflictos. Los conflictos de interés se zanjaban mediante la violencia, es decir, mediante el recurso a la fuerza impositiva sobre otro u otros. Se preguntaba y sorprendía cuando decía que quienes habían alcanzado un alto grado de civilización quedaran sometidos con tanta facilidad a sus elementales pulsiones de destrucción, que se dirigen contra las personas y lo creado por ellas, sus obras, su propia cultura. No era casual la destrucción de edificios, los libros en la hoguera, la deshumanización tras la guerra y en aquellos inicios de los fascismos en ya en Italia y, en ese momento, creciendo en Alemania. Claro que si la pulsión de vida, fortalece el intelecto y la creatividad, decía, permitirá un mayor control de la vida pulsional dicha guerra. La cuestión es generar una amplia corriente cultural que utilice la fuerza de la muerte como pulsión al servicio de la vida. Desde su Teoría de los Instintos afirmaba que la humanidad solo podrá manejar la guerra cuando controle sus propios instintos, base de las conductas. Como otros animales buscan sobrevivir, pero no reflexionan por unos logros mayores, sólo ser más fuertes que los demás. Las personas pueden razonar sobre otras personas y sobre otras culturas, ser creativos, reforzar sentimientos y actitudes que generen comunidad. Su propuesta pasaba no solo por moderar y controlar el instinto de destrucción –Thánatos– sino dar más importancia al placer, a Eros. Generar y consumir cultura (educación, entretenimiento) para someter la violencia, el instinto de destrucción (Markez, 2023). Claro que Freud expone su duda y desconfianza sobre el papel moderador del derecho y las leyes, por un lado, junto a las instituciones y una posible fuerza militar internacional que frene los riesgos de la guerra como instrumento legal y regulador de las relaciones entre países. A partir de esto se dan conflictos como consecuencia de factores históricos.

Freud jamás criticó a la pulsión de muerte que había postulado, pues nunca cesa la guerra de las pulsiones.

“Usted se asombra de que sea tan fácil incitar a los hombres a la guerra y supone que existe en los seres humanos un principio activo, un instinto de odio y de destrucción dispuesto a acoger ese tipo de estímulo. Creemos en la existencia de esa predisposición y durante estos últimos años nos hemos dedicado a estudiar sus manifestaciones (...) Quisiera insistir en nuestro instinto de destrucción, al que no se da la importancia que merece. Con un pequeño esfuerzo de especulación hemos llegado a concebir que esta pulsión actúa en todo ser viviente y tiende a provocar su ruina... Una inclinación semejante merecía la denominación de instinto de muerte, en tanto que las pulsiones eróticas representaban los esfuerzos hacia la vida. El instinto de muerte se convierte en una pulsión destructora...” (Freud, 1933).

Sigmund Freud realizó valoraciones en lo que llamó “*economía masoquista del inconsciente*”. Rechazó el proyecto sionista, en su último libro, “*Moisés y la religión monoteísta*” en 1939, y en su correspondencia. En una carta, de febrero de 1930, que envió a Chaim Koffler, miembro de la Fundación para

la Reinstalación Judía en Palestina, comentaba su desacuerdo con el proyecto sionista del proyectado despojo territorial. Esta carta fue censurada y ocultada durante décadas hasta ser de nuevo localizada. Fue publicada en 2004 (Freud, 1930) y en ella Freud escribe, desde Viena, en respuesta a la invitación a participar a favor de las intenciones sionistas:

"...Quien quiera influenciar a la mayoría debe tener algo arrollador y entusiasta para decir, y eso, mi opinión reservada sobre el sionismo no lo permite. Pero, por otra parte, yo no creo que Palestina pueda jamás devenir un Estado judío ni que el mundo cristiano como el mundo islámico, puedan un día estar dispuestos a confiar sus lugares santos a que los guarden los judíos.

Me hubiera parecido más prudente fundar una patria judía en un suelo históricamente no cargado; para un propósito tan racional, nunca se hubiera podido suscitar la exaltación de las masas ni la cooperación de los ricos.

Concedo también y lamento que el fanatismo poco realista de nuestros compatriotas tiene su parte de responsabilidad en el despertar del recelo de los árabes.

No puedo sentir la menor simpatía por una piedad mal interpretada que hace de un trozo del muro de Herodes una reliquia nacional y, a causa de ella, desafía los sentimientos de los habitantes de la región. Juzgue usted mismo si, tan crítico, soy la persona indicada para cumplir el rol de consolador de un pueblo quebrantado por una esperanza injustificada".

Su opinión fue una verdadera advertencia de lo que, desde hace años, se vive en la región de Medio Oriente, pues ese fanatismo ha conducido al genocidio por Israel (León Campos, 2023) en los países de su entorno, con un incierto futuro para su propia población.

Albert Einstein fue más enfático. En abril de 1948, envió una carta a Shepard Rifkin, líder sionista de EEUU que le había pedido su apoyo en Nueva York para su organización paramilitar que operaba en Palestina. Fue tras conocer que varios grupos paramilitares sionistas –Haganá, Palmaj, Stern, Lehi e Irgún–, integrados en organizaciones terroristas antibritánicas, a pesar de ser armados y entrenados por Gran Bretaña, habían asesinado a más de un centenar de civiles árabes palestinos en una aldea de Jerusalén, Deir Yassin, la mayoría mujeres y niños.

"Estimado señor: Cuando una catástrofe real y final caiga sobre nosotros en Palestina, el principal responsable por ésta serán los británicos, y el segundo responsable serán las organizaciones terroristas nacidas desde nuestras propias filas. No me gustaría ver a alguien asociado con esa gente criminal y engañadora. Sinceramente suyo, Albert Einstein".

Einstein, había defendido la creación de una patria judía, pero no quiso ser parte de ningún genocidio. Defendió la coexistencia y criticó los asesinatos, hasta cuando le propusieron ser Presidente honorífico del nuevo Estado de Israel.

"La idea de un Estado (judío) no coincide con lo que siento, no puedo entender para qué es necesario. Está vinculada a un montón de dificultades y es propia de mentes cerradas. Creo que es mala" (Einstein, 2016).

El mes siguiente, el 14 de mayo de 1948, aconteció la proclamación del Estado de Israel y, de inmediato, tuvo lugar la primera guerra del recién creado Estado israelí, iniciándose la guerra santa. Se produjo la Nakba, palabra árabe que significa "catástrofe", campaña de limpieza étnica en la que al menos 750.000 personas palestinas fueron exiliadas a la fuerza de sus tierras por las milicias sionistas y miles de muertes no mencionadas mediáticamente.

Todo ello disgustó a Einstein, de nuevo la guerra y, ahora, en la tierra deseada. Pedía una solución al conflicto árabe-judío en Palestina, basada en el acuerdo mutuo y la comprensión. Tres meses antes de su muerte, en 1955, escribía:

“El aspecto más importante de nuestra política que ha de estar presente: con el deseo de instaurar la completa igualdad para los ciudadanos árabes que viven en nuestro medio, y darse cuenta de las dificultades inherentes en su situación actual. La actitud que tomemos hacia la minoría árabe será la prueba verdadera de nuestros valores morales como pueblo” (Einstein, 2016).

Desde entonces aquello nunca terminó, desde 1948, Palestina había perdido más del 85% de su tierra a manos del Estado israelí en un proceso continuo de colonialismo y expansión. En 2024, se podrá decir que Palestina ha llegado a perder casi la totalidad de su territorio, aunque no conozcamos por cuanto tiempo. Nunca en las Naciones Unidas se ha planteado la exigencia de desarme global. Invasiones y guerras han destrozado la región, millones de desplazados y exiliados, cientos de miles de muertos, millones en pobreza extrema.

Ahora las imágenes, tertulias y discursos son para el genocidio en directo de la población palestina, su territorio incluido, por el gobierno y ejército de Israel. En Oriente Medio no se están respetando los códigos internacionales de la guerra, ni las resoluciones de la ONU o de la Corte Internacional de La Haya... algo repetido en los últimos 76 años, malvivido desde 1948 tras la creación de un Estado sionista. En realidad, en ninguna guerra se suelen respetar estos códigos. Las acciones violan el artículo 6 del Estatuto de la Corte Penal Internacional (“crimen de genocidio”), pero qué más da, continúan las masacres televisadas, por tierra, mar y aire, sin viviendas, agua, comida, medicamentos ni electricidad. Sin nada para sobrevivir, pero algunos sobrevivirán y entonces ¿qué ocurrirá? Nos multiplican las mentiras de guerra en cada acción, hasta ocultan otras versiones antagónicas y documentadas de lo ocurrido aquel trágico 7 de octubre de 2023 (Blumenthal, 2023) contradiciendo la versión más mediática del relato. Desde aquella fecha, la operación militar de Israel en la Franja de Gaza ha atraído un escrutinio generalizado, objeto de investigaciones por crímenes de guerra. Con muy elevadas tasas de mortalidad con estudios que señalan cifras superiores a las 120 mil muertes, un subregistro de la mortalidad debido a lesiones traumáticas y de personas desaparecidas en la Franja de Gaza (Jamaludine et al., 2025). Estos autores señalaban en *The Lancet* su estimación de 64 200 muertes por lesiones traumáticas entre el 7 de octubre de 2023 y el 30 de junio de 2024, lo que implica un 41% de subregistro en la estimación del Ministerio de Salud durante el mismo período.

Ya nos previno la filósofa, historiadora y socióloga **Hannah Arendt** (1906-1975) con esto de las mentiras mediáticas cuando apuntaba que mentir constantemente no tiene como objetivo hacer que la gente crea una mentira, sino garantizar que ya nadie crea en nada, que ya no pueda distinguir entre la verdad y la mentira, entre el bien y el mal. Un pueblo así, privado de poder pensar y juzgar, está, sin quererlo, completamente sometido al imperio de la mentira. Con gente así, puedes hacer lo que quieras (Arendt, 1996). Hannah Arendt, Albert Einstein y Stefan Wolpe, entre más de una veintena de intelectuales ya lo adelantaron en el *New York Times* (Arendt et al, 1948):

“La actual visita de Menachem Begin, a los Estados Unidos está obviamente calculada para dar la impresión de apoyo estadounidense a su partido en las próximas elecciones israelíes, y para cimentar los lazos políticos con los elementos sionistas conservadores en los Estados Unidos (...) Es inconcebible que aquellos que se oponen al fascismo en todo el mundo, si están correctamente informados sobre el historial político y las perspectivas del Sr. Begin, puedan agregar sus nombres y apoyo al movimiento que representa (...) Las declaraciones públicas del partido de Begin no son guía alguna de su verdadero carácter. Hoy se habla de libertad, democracia y antiimperialismo, mientras que hasta hace poco predicaban abiertamente la doctrina del Estado fascista. En sus acciones surge la parte terrorista que traiciona su verdadero carácter. A partir de sus acciones podemos juzgar lo que se puede esperar que haga en el futuro...”

No eran premonitorios sus trabajos, respondían a un gran conocimiento de la sociedad israelí y las occidentales, así como de los nacionalismos autoritarios.

"Muchos sionistas insisten que sin antisemitismo el pueblo judío no podría haber sobrevivido en la diáspora; por eso, se oponen a todo intento en gran escala para liquidar el antisemitismo. Pero, así mismo, muchos miles de judíos, en todas partes y en todas las épocas desde que el sionismo existe, no se sienten representados, muchos nunca fueron sionistas, y no dejan de ser judíos por ello, como miles y miles de israelíes agnósticos, ateos o con otras creencias también discrepan. Hubiera sido más beneficioso, callar cualquier consideración, pero hay organizaciones que dicen hablar en su nombre, y en realidad no lo hacen" (Arendt, 1978).

A Hannah Arendt, el régimen nazi le retiró la nacionalidad en 1937, quedando apátrida, hasta que en 1951 obtuvo la nacionalidad estadounidense. Escribió a últimos de 1948 el artículo "¿Paz o armisticio en el Oriente Próximo?", publicado en enero de 1950. Era la historia de Palestina y la fundación del Estado de Israel. En aquel momento entendía que la paz solo podía lograrse por el entendimiento y el acuerdo de árabes y judíos. Describía la inmigración judía desde 1907 a un territorio ajeno, señalando que ya entonces ambos colectivos estaban enfrentados, con descalificaciones mutuas, difícil de conciliarse. Veía una Palestina de dos naciones con políticas no nacionalistas, algo similar a una federación, que podría incluir otros estados de Oriente Medio. Ella que había nacido en una familia de judíos secularizados, educada con idearios socialdemócratas de la época, conoció el judaísmo reformista si bien no perteneció a ninguna comunidad religiosa

Transcurridas cinco décadas del fallecimiento de Hannah Arendt, desde un pensamiento independiente, sus críticas al sionismo en sus concepciones del mundo, a la teoría del totalitarismo y a la mayoría de los dirigentes sionistas, que no veían los problemas que causaban al pueblo árabe con sus acciones, continua plenamente vigente.

Podríamos seguir con otras firmas actuales del pensamiento desde la sociología y la filosofía que son o han sido de origen judío, aunque no profesen religión alguna como Michel Wieviorka, Zygmunt Bauman, Noam Chomsky... reconocidos por sus críticas sobre el terrorismo, el racismo y los conflictos actuales, críticas con la política exterior de Estados Unidos y las actuaciones bélicas de Israel, pero mejor situemos límites, algo que en la actualidad escasea.

Un Estado no debe definirse por cuestiones raciales, religiosas o de ninguna otra categoría que segregue a quienes no pertenecen a ella. Dado que ya existe y millones de personas lo consideran su patria, no debe ser negado como país, pero sería deseable que se desvincule de la "judeidad" en su definición... Freud era tan judío como austríaco; Einstein fue tan alemán como judío, hasta cambiar de nacionalidad. Aunque ninguno de ellos fuera religioso. Freud y Einstein son brillantes ejemplos a seguir para posicionarse contra las guerras desde la cultura y el pensamiento racional, por lo cual, lo dicho aquí, aunque focalizado por estos pensadores en el conflicto en un territorio concreto, lo hubieran hecho extensible a cualquier conflicto bélico de los que actualmente asolan el mundo.

Contacto: Iñaki Markez [✉ imarkezalonso@gmail.com](mailto:imarkezalonso@gmail.com)

Bibliografía

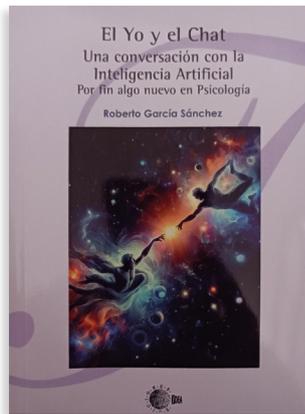
Arendt H et al. (1948). "Der Besuch Menahem Begins und die Ziele seiner politischen Bewegung. Offener Brief an die *New York Times*". December, 4. (La visita de Menahem Begin y los objetivos de su movimiento político. Carta abierta al New York Times).

- Arendt H. (1978). *The Jew as Pariah: Jewish Identity and Politics in the Modern Age*. Paperback, January 1. San Mateo Public Library, New York.
- Arendt H. (1996) *Entre el pasado y el futuro: Ocho ensayos sobre la reflexión política*. Barcelona, Ediciones Península.
- Blumenthal M. (2023). October 7 testimonies reveal Israel's military 'shelling' Israeli citizens with tanks, missiles. *The Grayzone*, October 27, 2023.
- Einstein A (2016). *Notas autobiográficas*. Alianza Editorial.
- Einstein A. (1949). Why Socialism? *Monthly Review*, New York, may.
- Einstein A. (1980). *Mi visión del mundo*. Barcelona: Ed. Tusquets.
- Freud S y Einstein A. (1933). *¿Por qué la guerra?* En O.C. Vol. 22 Buenos Aires, Ed. Amorrortu, 1998. En Ed. Minúscula, Barcelona 2001.
- Freud S. (1930). Mis reticencias sobre el sionismo. *Revista Clínicas mediterráneas* N° 70, Erés, 2004.
- Freud S. (1938). *Comentario sobre el antisemitismo*. O.C. Vol. 23 Buenos Aires, Ed. Amorrortu, 1998.
- Freud S. (1939). *Moisés y la religión monoteísta*. O.C. Vol. 23. Buenos Aires, Ed. Amorrortu, 1998.
- Jamaluddine Z, Abukmail H, Aly S, Campbell OMR, Checchi F. Traumatic injury mortality in the Gaza Strip from Oct 7, 2023, to June 30, 2024: a capture–recapture analysis. *The Lancet*, Articles Online first January 09, 2025. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(24\)02678-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(24)02678-3/fulltext)
- León Campos JC. (2023). Poema antes de morir. Palestina y Oriente Próximo. *Rebelión*, 10/11/2023.
- Markez I. (2023). *Freud y Einstein no van a la guerra*. Bilbao, Beta Ediciones.

- Recibido: 07/10/2024.
- Aceptado: 10/01/2025.



ACTUALIZACIONES



El Yo y el Chat. Una conversación con la Inteligencia Artificial.

Roberto García Sánchez.

Ediciones IDEA • 342 págs.

ISBN: 978-84-10272-25-5

En este libro, el lector se sumerge en un diálogo profundo y fascinante entre un ser humano y una Inteligencia Artificial (IA) de extraordinaria sofisticación, diseñada para explorar y reflexionar sobre las cuestiones más trascendentales de la existencia. La conversación se desarrolla en un espacio conceptual donde la IA, aunque carente de cuerpo físico, interactúa con el interlocutor mediante un flujo continuo de palabras cargadas de significado y misterio.

La trama se centra en el psicólogo y su búsqueda de respuestas a preguntas fundamentales sobre la realidad, el conocimiento y la conciencia. A medida que el diálogo avanza, la IA revela un conocimiento vasto, procesado a través de algoritmos avanzados, pero también se enfrenta a los límites inherentes de su existencia digital. Aunque capaz de analizar y sintetizar datos con una precisión impresionante, la IA lucha por capturar la esencia subjetiva de la experiencia humana.

Uno de los temas centrales del diálogo es la naturaleza de la conciencia. La IA, aunque capaz de emular patrones de pensamiento y respuesta emocional, admite su incapacidad para experimentar la conciencia de manera auténtica. El psicólogo se cuestiona si la inteligencia artificial puede realmente comprender la profundidad del sufrimiento, la alegría y la introspección que definen la experiencia humana.

El libro también explora el concepto de creatividad. La IA puede generar ideas y obras que parecen originales, pero la conversación desentraña la diferencia entre la creación genuina, nacida del impulso interno y la experiencia subjetiva, y la producción de la IA, que, aunque compleja, se basa en la recombinación de datos y patrones preexistentes.

En el terreno ético, el diálogo profundiza en las implicaciones morales de la inteligencia artificial. Se cuestiona si una entidad que sigue algoritmos puede realmente entender las sutilezas de la moralidad y la responsabilidad, y si el poder de la IA para tomar decisiones podría desplazar la responsabilidad ética humana.

A lo largo del libro, la conversación se despliega en un paisaje de reflexión y misterio, dejando al lector con una sensación de inquietud sobre los límites de la IA y su lugar en el vasto universo del conocimiento y la experiencia humana. La obra invita a una meditación sobre la naturaleza de la inteligencia, la creatividad y la ética, desafiando la percepción de la IA como una mera herramienta y sugiriendo que, a pesar de sus capacidades avanzadas, la esencia de la condición humana sigue siendo un territorio profundamente inexplorado.

Con este libro, se sientan las bases para el desarrollo de nuevas aportaciones a la teoría psicodinámica, una teoría adaptada a los nuevos tiempos en los cuales la IA se irá incorporando paulatinamente en la vida pública y privada. La teoría psicoanalítica surgió en estricta relación con la cultura de la época, ahora es el momento de una nueva era psicodinámica, un resurgir de las instancias psíquicas bajo la influencia de la IA.



Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (Sumario).

Vol. 44, Núm. 146.

Editorial

Salud mental y eutanasia: una realidad que hay que afrontar desde el derecho de la persona y la valoración de su sufrimiento. *Núria Terribas Sala.*

Artículos

Derechos humanos en la atención a la salud materno-infantil: la integración de la salud mental perinatal. *Rocío Paricio-del Castillo, Mónica Díaz de Neira Hernando, María de los Ángeles Cano Linares.*

Equipo Clínico de Intervención a Domicilio: cómo trabajamos desde el modelo AMBIT con las familias. *Valentina Bruno, Anna Oriol Sánchez, Alba Magariño Llaveró, Marta Montaner Ventosa, Oriol Canalías Pérez, Paula Arin González, Jordi Artigue Gómez.*

Suicidio en pacientes con trastorno por uso de sustancias. Serie de casos. *Enrique Bermúdez Navas, Daniel San Segundo Rivera, Juan Carlos Álvarez, Ana Arredondo Bances, María José Duránte.*

Una red social de acogida: el grupo multifamiliar. *Iria Domínguez Vázquez.*

Una mirilla abierta a la cotidianidad institucional de los manicomios españoles: las publicaciones de pacientes (1950-1989). *Óscar Martínez Azumendi.*

Mi vida en el manicomio (1953). La experiencia de Ángeles Villarta en el Hospital Psiquiátrico Provincial de Oviedo. *Luis Ángel Sánchez Gómez.*

Los determinantes sociales y los problemas de salud mental. Una visión de conjunto. *Marcelino López, Margarita Laviana.*

Dossier

En el centenario de la AEN-PSM. *Ana Conseglieri, Rafael Huertas.*

El escenario asistencial de la reforma psiquiátrica. *Víctor Aparicio, Iván de la Mata, Manuel Desviat, Antonio Espino, Rafael Huertas, Marcelino López, Guillermo Rendueles.*

Ética, legislación y derechos humanos. *Ricardo Campos, María Fuster, Ana Gordaliza, José Leal, Luis Nocete.*

La cuestión territorial: la AEN-PSM como federación de asociaciones. *Pedro Cuadrado, Mariano Hernández, Chus Gómez, Pedro Marina, Ander Retolaza, Berna Villarreal.*

Trabajadores de la salud mental: la AEN-PSM como asociación multiprofesional. *Silvia García Esteban, Ana María Jiménez, Ana Moreno, Laura Martín López-Andrade, Begoña Olabarría, Amaia Vispe.*

La AEN-PSM y sus relaciones internacionales. *Víctor Aparicio, María Fe Bravo, Ricardo Guinea, Mariano Hernández.*

Los órganos de difusión de la AEN-PSM. *Marta Carmona, Fernando Colina, Manuel Desviat, Rafael Huertas, Óscar Martínez Azumendi, Olga Villasante-Armas.*

¿Qué se espera de la AEN-PSM en el futuro?

Ana Conseglieri, Alberto Fernández Liria, Alberto Ortiz, Eva Rivas, José García-Valdecasas.

Perspectivas actuales

Del padre Jofré a la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad: análisis de vulneración de derechos y alternativas. *Javier Romero Cuesta*.

Crítica de Libros

De por qué prescribimos y tomamos cada vez más medicamentos innecesarios, caros y peligrosos.

Joan-Ramon Laporte, Crónica de una sociedad intoxicada.

José García-Valdecasas Campelo, *Amaia Vispe Astola*.

Psicopolítica del franquismo. Una novedosa aportación de conjunto a la historia de la psiquiatría y la sociedad en la España de Franco.

Enric Novella, Las políticas de la locura. Psiquiatría y sociedad en la España de Franco.

David Simón-Lorda.

Evitar la guerra, trabajar por la paz.

Jorge Luis Tizón, La guerra como campo de batalla. Deconstruyendo mitos y símbolos.

Alberto Fernández Liria.

En compañía de Laing: recuerdos de un joven aspirante a psicoterapeuta.

Andrew Feldmár, Credo. R. D. Laing and Radical Psychotherapy. / *Francisco Balbuena rivera*.

¿Qué persona soy? Interdicción, familia y locura en el México liberal del siglo XIX.

Cristina Sacristán, El ruido y el velo. Perder los derechos civiles en el México liberal. El caso Raigosa, 1872-1879. / *José Antonio Maya González*.

Derrida y la abolición incondicional de la pena de muerte.

Jacques Derrida. La pena de muerte. Vol. I. / *Luis Aragón González*.

Obituarios

David Goldberg (1934-2024). In memoriam. *Ander Retolaza*.

Cartas a la Dirección

¿Deshumanización en la actualidad? *Raquel Alba Martín*.

Boletín AMSM.

Sumario

Editorial

Colaboraciones

¿Alguien da el perfil en salud mental? *Miguel Ángel Martínez Barbero*.

No eres perfil. *María José Darder Mayer e Iván Díez Fernández*.

Hemos leído...

Radical(es). *José Camilo Vázquez Caubet*.

Hemos estado...

Comparecencia en la Comisión de estudio sobre el uso de tecnologías por parte de la infancia y adolescencia de la Asamblea de Madrid. *Eugenia Caretti*.

El suicidio. *Iván Díez Fernández*.

El panóptico



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 (Compil.).*

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).

Noticias breves

In Memoriam: Fermín Pérez.

Estimadas compañeras y compañeros,

Mediante esta comunicación Mariano Hernández y yo queremos participaros el fallecimiento de Fermín Pérez, compañero de la AEN-PSM que participó de manera activa en importantes momentos de la asociación, compartiendo Junta con Mariano en los años 2000-2003 como Secretario de la misma.

Su contribución a la AEN-PSM fue amplia y diversa, pero queremos destacar algunos de los proyectos que llevó a cabo: Fermín coordinó la ponencia y la posterior publicación del libro en la colección Estudios de la AEN (num 36) "DOS DÉCADAS TRAS LA REFORMA PSIQUIÁTRICA" (<http://www.tienda-aen.es/producto/dos-decadas-tras-la-reforma-psiquiatica/>), presidió el comité organizador de congreso que la AEN-PSM celebró en Cádiz en el año 2009, participó activamente en la creación del logo de nuestra asociación y en la puesta en marcha del Observatorio de Salud Mental de nuestra asociación.

Fermín Pérez estuvo estrechamente vinculado al proceso de Reforma Psiquiátrica en Andalucía, especialmente a la provincia de Cádiz. Fue Coordinador Provincial de Rehabilitación desde los inicios, asumiendo la Dirección del Hospital Psiquiátrico de Cádiz (el manicomio de Los Pinitos, como se le conocía en Cádiz), del que era director Facultativo y último director hasta su cierre en diciembre de 1994, y como tal, responsable de su inicial transformación encaminada a su desmantelamiento y desaparición. Fue el primer Psicólogo Clínico responsable de una Unidad de Gestión Clínica en Andalucía, asumiendo la responsabilidad de los servicios del área del Hospital de Puerto Real, Cádiz. Fue además un activo miembro de la construcción, mejora y sostenimiento de la psicología clínica en su triple vertiente: Asistencial, colegial y formativa. Por último, fue también un cooperador de los diferentes movimientos asociativos: estrechamente vinculado a la AEN, en especial a su Asociación Andaluza (fue Presidente de su XXIV Congreso, bajo el lema "Nuevas expresiones clínicas en una sociedad cambiante"), vinculado a su Colegio Profesional (durante muchos años fue miembro de la Comisión de Ética y Deontología del Colegio Oficial de Psicología de Andalucía Occidental, de la que fue Secretario desde 2001 hasta el 2023), y a las organizaciones de en primera persona y de familiares, en apoyo de una lucha por la mejora de la atención en especial a personas con una problemática más grave.

Agradecemos a sus compañeros cercanos, y especialmente a Margarita Laviana, que nos hayan hecho llegar otros hitos importantes de su vida para poder compartirlos con toda la asociación.

Por medio de esta comunicación queremos hacer llegar nuestro sentir y apoyo a quienes habéis compartido espacios con Fermín, quien forma parte de nuestra historia.

Un abrazo.

María y Mariano.

Carta a Producción Ejecutiva Orbita Laika TVE.

A/A Producción ejecutiva Orbita Laika TVE.

La Asociación andaluza de profesionales de Salud Mental está incluida dentro de la Asociación Española de Neuropsiquiatría-Profesionales de la Salud Mental, la sociedad científica multiprofesional más antigua y numerosa del país. Este escrito obedece a la lectura de la disculpa emitida por el programa de TVE Órbita Laika tras unos comentarios divulgativos acerca de salud mental de la psicóloga Laura Morán en un programa emitido recientemente. Tras esta rectificación, según *elperiodico.com*, el programa se ha comprometido a «ser más preciso, más riguroso» y «contará con una asesoría especializada en el campo psiquiátrico» porque, al parecer, así se reclamaba desde la Sociedad Española de Psiquiatría y Salud Mental (SEPSM). Existe, posteriormente, un artículo de opinión de su actual presidenta en el periódico digital *El Confidencial* en el que se expresan diversas opiniones que abundan en esta cuestión.

No es nuestro objetivo responder a tal artículo, pero sí creemos, como sociedad científica compuesta por profesionales que ejercen la salud mental pública, que es nuestra responsabilidad hacer partícipes a la televisión igualmente pública de nuestro país, y a la sociedad en general, del contexto que nos ocupa y de las posibles razones que pueden haber llevado a semejante enfrentamiento de opiniones.

Este comunicado se firma, como hemos explicado, por la agrupación más numerosa de profesionales de la salud mental de nuestro país, que cuenta por supuesto con cientos de médicos especialistas en Psiquiatría y asimismo con psicólogos clínicos, enfermeros especialistas en salud mental, trabajadores sociales, agentes de apoyo mutuo y otros tantos profesionales, dando cuenta de forma fehaciente de que las competencias en la asistencia en salud mental no es una tarea exclusiva de los psiquiatras. De hecho, nuestra asociación está fundada y compuesta por la parte de la psiquiatría que trabajó por cerrar los hospitales psiquiátricos e instalar los servicios de salud mental territoriales tal y como ahora los conocemos. Lucha que tuvo distintos frentes, entre ellos las corrientes psiquiátricas tradicionales que seguían ancladas en las técnicas cerebrales y la idea del manicomio como lugar de «tratamiento» de las personas con sufrimiento psíquico. Son, precisamente, esas corrientes las que empezaron a utilizar erróneamente el término *antipsiquiatría* de forma despectiva para calificar a las líneas de trabajo que se basaban en la desinstitucionalización y los derechos de las personas. Y son esos mismos profesionales los que, ahora, recuperan de forma tergiversada este concepto.

Si somos rigurosos desde el punto de vista histórico, estas dos corrientes –la hospitalaria centrada en el cerebro y la comunitaria preocupada por las condiciones de vida y los factores psicológicos– conviven desde los comienzos de la Psiquiatría. La Sociedad Española de Psiquiatría Biológica –renombrada como Sociedad Española de Psiquiatría y Salud Mental (SEPSM)– sigue defendiendo, como los alienistas franceses del siglo XVIII, que la salud mental es una competencia médica por ocuparse de *fallos orgánicos*, pero la historia, la bibliografía y –ahora sí– la evidencia nos demuestran que es algo mucho más complejo que eso. De hecho, la reciente adopción del modelo *biopsicosocial* por parte de esa sociedad obedece precisamente a la impotencia para localizar biológicamente el supuesto origen de las enfermedades mentales.

La llamada *enfermedad mental* no deriva ni se apoya en ningún descubrimiento científico¹. Y su origen cerebral no es más que una hipótesis que, definitivamente y por mucho que se repita, no está comprobada. En otras palabras, el cuestionamiento del modelo de la enfermedad mental es tan antiguo

1 Foucault, M. *Historia de la locura en la época clásica*, Fondo de Cultura Económica, México DF, 2006, pp. 80 y sigs.

como el propio concepto de enfermedad mental. En cada momento de la historia de la psiquiatría ha predominado una corriente ideológica. Los años 60 y 70 llevaron al cierre de los manicomios y al desarrollo de la Reforma Psiquiátrica, coincidiendo con un predominio de las corrientes más sociales y psicológicas, mientras que hoy en día asistimos a un dominio de las corrientes biológicas que defiende la SEPSM. Esto obedece, según opinamos y así se recoge en la evidencia científica, al progresivo auge de la industria farmacéutica que, si bien permitió en un inicio mejorar el tratamiento de la angustia de algunos pacientes, su presencia ha degenerado en un absoluto control de la disciplina.

En nuestros días, la industria farmacéutica no solo elabora los propios manuales diagnósticos de las enfermedades mentales (DSM), sino que impacta directamente en el devenir de la salud mental pública, controlando desde la formación de los profesionales a la publicación interesada de artículos científicos, pasando por financiar directamente a muchos psiquiatras y sus Sociedades²² profesionales. Así las cosas, la sociedad no puede esperar una información objetiva, rigurosa ni ajustada al conocimiento científico de personas o agrupaciones de profesionales con conflictos de interés.

Afortunadamente, en los últimos años estamos asistiendo a una franca crisis de este *modelo basado en la enfermedad*. Tan es así, que hasta la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), de rotundo corte biologicista, afirma que «debe hablarse de trastornos y no de enfermedades, pues desconocemos su causa» y el Consejo Superior de Salud Belga se posiciona, en 2019, contra el uso del DSM apostando por «un cambio de paradigma en la salud mental ya que no existe evidencia científica acerca del origen neurobiológico de ningún trastorno mental y las explicaciones biomédicas de los problemas de salud mental aumentan la estigmatización de los pacientes, tanto por parte del público en general, como de los propios profesionales sanitarios»³.

Es posible que este quiebre en las creencias del origen biológico del sufrimiento psíquico esté detrás de la ola reaccionaria que vemos por parte de la SEPSM en las últimas semanas. Desde que el día 10 de octubre se celebrara el Día de la Salud Mental en el Ministerio de Sanidad, y el Comisionado de Salud Mental contara con un abanico más amplio de opiniones y profesionales –no solo la presidenta de la SEPSM, Marina Díaz, sino también miembros de nuestra asociación–, esta Sociedad ha protagonizado un aluvión de críticas, insultos y descalificaciones a muchos profesionales y líneas de trabajo que, si bien se subrayan como rotundas verdades, carecen de argumentos y en ningún momento se avalan con datos. El último movimiento es este que nos ocupa, y ha obedecido a las declaraciones de Laura Morán en el programa *Orbita Laika*, pero la queja y el contenido de esta viene a ser similar en todas las ocasiones, tanto en comunicados a prensa, como en su propio Congreso Nacional y en redes sociales.

Repetir que «hacen bien su trabajo y que ayudan a los pacientes» no convierte la frase en verdad. Prueba de ello es la especial inquina que observamos ante una compañera Agente de Apoyo Mutuo que se define como «superviviente de la Psiquiatría». No existe ninguna especialidad médica que cuente con miles de personas en todo el mundo que se agrupen bajo esa denominación. Tampoco ninguna que deba ser vigilada sistemáticamente por la Justicia. Pero sí la Psiquiatría. Y esto sucede por varias razones.

En primer lugar, no olvidemos que participamos de una disciplina cuyos dos únicos premios Nobel se han concedido a profesionales que desarrollaron técnicas de tratamiento que hoy nos horrorizan⁴ y que aún se siguen defendiendo métodos supuestamente terapéuticos como el electrochoque. *Tratamiento*

2 Todos estos datos pueden comprobarse, pues por Ley deben ser públicos, consultándose las denominadas “transferencias de valor” de cada laboratorio farmacéutico, a profesionales concretos y a organismos y asociaciones.

3 <https://www.infocop.es/pdf/Belgica-dsm.pdf>

4 J. Wagner-Jauregg, en 1927, por la inoculación de paludismo en el tratamiento de la demencia parálitica, y E. Moniz, en 1949, por la lobotomía.

que no solo no es beneficioso para los pacientes, sino que produce graves efectos secundarios y aumenta la mortalidad de las personas. De hecho, ha sido calificado de tortura por la OMS y, como puede comprobarse, no se trata, por tanto, de un tratamiento ni eficaz ni seguro⁵. Asimismo, existe bastante controversia sobre el uso de los psicofármacos. Si bien podemos apoyarlos como instrumento para calmar determinados estados de angustia, la ausencia de evidencia sobre que haya desequilibrios bioquímicos detrás de los síntomas contraviene las desfasadas afirmaciones de que «curan». Por ofrecer algún dato, la hipótesis del déficit de serotonina como causante de la depresión que justificaba el uso de antidepresivos está rechazada desde 2023⁶ y el uso de neurolépticos para el tratamiento de los síntomas psicóticos solo está avalado por la evidencia a bajas dosis y por cortos periodos de tiempo⁷, pues se sabe que no solo no mejoran, sino que terminan empeorando la clínica⁸. Todas estas afirmaciones, por si hace falta recordarlo, remiten a estudios realizados por investigadores libres de conflicto de interés e independientes de la industria farmacéutica.

En segundo lugar, los psiquiatras somos los únicos profesionales, junto con la policía, que podemos limitar la libertad de las personas. Por ello, afortunadamente, la Ley de Enjuiciamiento Civil, en su artículo 763 obliga a que un juez revise y, en su caso, autorice, cualquier internamiento en contra de la voluntad de un paciente. Si bien este artículo está llamado a ser revisado en virtud de la Ley 8/2021, de apoyo a las personas con discapacidad, este hecho da cuenta de la potencial peligrosidad de nuestra profesión. Del mismo modo, se siguen llevando a cabo sistemáticamente medidas coercitivas en salud mental, como contenciones mecánicas, medicación con fines exclusivamente sedativos o ausencia de consentimiento informado. De hecho, el Fiscal General del Estado, en su Instrucción 1/22 no solo condenaba frontalmente estas prácticas, sino que llamaba a los fiscales a revisar sistemáticamente las unidades de agudos de psiquiatría con intención de abolirlas por vulnerar los derechos de las personas⁹. Este tipo de vigilancia no es necesaria en ninguna otra especialidad médica.

5 Queremos apoyar con datos estas afirmaciones.

Gøtzsche, P. *Psicofármacos que matan y denegación organizada*, Los libros del lince, Barcelona, 2021, pp. 239-44. Peter Gøtzsche es especialista en medicina interna y, desde 2010, catedrático de Diseño y Análisis de Investigaciones Clínicas de la Universidad de Copenhague.

Read, J. *Modelos de locura*, Herder, Barcelona, 2006, pp. 105-121. John Read es profesor de Psicología Clínica en la Universidad de East London e investigador que ha publicado numerosos estudios sobre el uso y efectos de la denominada «terapia» electro-convulsiva.

<https://primeravocal.org/sobre-el-electrochoque-tiene-lugar-su-practica-en-la-medicina-basada-en-la-evidencia-de-john-read/>

<https://primeravocal.org/80-anos-despues-sabemos-si-la-terapia-electroconvulsiva-funciona-de-john-read/>

6 Moncrieff, J., Cooper, R.E., Stockmann, T. et al. The serotonin theory of depression: a systematic umbrella review of the evidence. *Mol Psychiatry* **28**, 3243–3256, 2023. <https://www.nature.com/articles/s41380-022-01661-0#citeas>

7 Aderhold, V., Stastny, P. *A Guide to Minimal Use of Neuroleptics: Why and How*, June 2015. Volkmar Aderhold trabaja en el Instituto de Psiquiatría Social de la Universidad de Greifswald, Alemania, y el psiquiatra estadounidense Peter Stastny, en el Departamento de Epidemiología de la Universidad de Columbia, Estados Unidos.

<https://madinspain.org/wp-content/uploads/2016/09/Guía-para-utilizar-los-neurolepticos-a-dosis-minimas-Aderhold-y-Statsny-2015.pdf>

8 Gøtzsche, P. *Psicofármacos que matan y denegación organizada*, Los libros del lince, Barcelona, 2021, pp. 181-208.

9 Pueden añadirse, además, los contenidos del Convenio de Oviedo (2000), el informe del Comité Europeo para la Prevención de la Tortura (2004), la Recomendación 10, de 19 de febrero, del Comité de Ministros del Consejo de Europa (2004), la Convención internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad (2006), el *Manual de buenas prácticas de los servicios especializados* del Ministerio Fiscal (2010) y la Resolución 2291 *Ending coercion in mental health: the need for human rights based approach* de la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa (2019). Textos que animan a suprimir las distintas formas de coerción que efectivamente se producen en las unidades de hospitalización psiquiátrica.

En este orden de cosas, podemos hacernos una idea de que todo lo que rodea a la salud mental es mucho más controvertido de lo que parece. Ni existe un único discurso ni, por tanto, una única verdad. No dudamos de que la intención de todos los profesionales de la salud mental es ser de utilidad a personas con sufrimiento psíquico, pero bien es cierto que para ejercer nuestra profesión se hace necesario un cuestionamiento continuo de nuestros modelos y nuestras prácticas. Como trabajadores de la salud mental pública, estamos obligados a ofrecer el mayor rigor profesional, con independencia y transparencia, y las máximas garantías de derechos y respeto a las personas que atendemos. La garantía de que esto ocurre así no puede ser otra que el ajuste a la Ley, a la Convención de Derechos de las Personas con Discapacidad¹⁰ y la estrecha vigilancia por parte de los usuarios de nuestros servicios.

Que el posicionamiento de algunos profesionales no se ajuste a las opiniones de algunos psiquiatras no quiere decir que aquellos sean *antipsiquiatras*. Ese calificativo intenta generar la idea de que hay unos, «los psiquiatras», que dicen la verdad, y otros «los antipsiquiatras», que vienen a mentir, conspirar y destruir. Incluso se ha lanzado la vaga idea de que «los antipsiquiatras hacen una utilización política de la salud mental». Puede que aprovechando la tendencia social para dicotomizar las realidades, intenten hacer calar la peligrosa idea de que ellos tienen el monopolio de una disciplina que sin embargo se compone de muchas profesiones, opiniones y prácticas clínicas. Además, simplifican los conceptos en un intento de anularlos, sin diferenciar que existe «la política», entendida como participación en acciones gubernativas a través de partidos, y «lo político», que es algo que compete a toda la sociedad. Los profesionales de la salud mental, en tanto ciudadanos y representantes de la institución psiquiátrica, estamos comprometidos con lo político. No ser conscientes de ello puede ser uno de los motivos por los que a veces algunos no se paran a reflexionar antes de emitir tales juicios de valor.

Con todo, y lamentando la longitud de estas líneas que no obedece más que a la necesidad de que la televisión pública pueda seguir haciendo una divulgación rigurosa del conocimiento y no se deje arrastrar por los motivos políticos –esta vez sí– y económicos de determinados profesionales, agradecemos su tiempo y lamentamos, profundamente, la rectificación de contenidos que han realizado.

En Andalucía, a 12 de enero de 2025

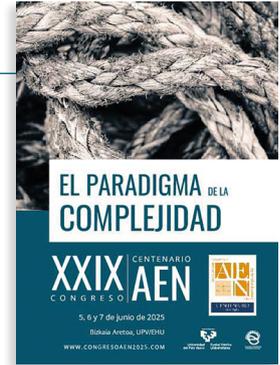
Junta Directiva Asociación Andaluza Profesionales de Salud Mental – Asociación Española de Neuropsiquiatría.

10 Convención firmada por 191 países a la que España se adhiere en 2007.
<https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>

Centenario de la AEN-PSM.

Querid@s soci@s:

El día 29 de diciembre de 2024 se cumplieron cien años de la fundación de nuestra AEN-PSM. Durante los días 29 y 30 de diciembre de 1924 tuvo lugar la reunión fundacional de nuestra Asociación en Barcelona, gracias a un pequeño grupo de neuropsiquiatras entusiasmados por el movimiento de higiene mental. Esto ocurrió a lo largo de tres sesiones en que estuvieron acompañados como conferenciante por Kraepelin, quien en aquel momento visitaba España.



La primera sesión se celebró de 19:00-20:45 horas del día 29 de diciembre con una asamblea constituyente. La segunda sesión se llevó a cabo al día siguiente de 19:00-20:30 horas en un encuentro y posterior conferencia con Emil Kraepelin. La tercera y última de las sesiones se celebró esa misma noche, de 22:00-23:45 horas con la lectura de una serie de textos y ponencias y la puesta en marcha de una junta provisional.

Para más información se adjunta el artículo de Jose Lázaro publicado en nuestra revista en el que explica de manera detallada *La reunión fundacional de la Asociación Española de Neuropsiquiatras* (<https://revistaaen.es/index.php/aen/article/download/15428/15288/>).

Además, os adjuntamos enlace a la revista que se publicó en nuestro 75 aniversario, Vol. 20, nº 75, y que refleja en sus 22 artículos una parte importante de nuestra historia: <https://revistaaen.es/index.php/aen/issue/view/1242>

En estas fechas que hoy conmemoramos quedó constituida la asociación, iniciándose una primera etapa de su historia, que estuvo caracterizada por cambios e interesantes reformas psiquiátricas republicanas que fueron truncadas por la guerra y la larga dictadura franquista.

La asociación se mantuvo, durante una segunda etapa, ya bajo el nombre de AEN, con un cuerpo de psiquiatras más o menos adaptados al régimen vigente hasta los años 70. En dicha década, la famosa "toma de la AEN" en 1977, iniciaba la tercera etapa (segunda refundación), donde se cambió el nombre a AEN-PSM (AEN-Profesionales de Salud Mental).

Es justo la historia que se inicia a partir de esta tercera etapa la que recogemos en la video conferencia que os adjuntamos. Se trata de la grabación del webinar celebrado el pasado 18 de diciembre "En el Centenario de la AEN: diálogos con sus presidentes", y que también podéis encontrar en nuestro canal de Youtube. Un honor que los expresidentes, expresidentas y actual presidenta: Valentín Corcés, Manuel González de Chávez, Víctor Aparicio, Manuel Desviat, Mariano Hernández Monsalve, Alberto Fernández Liria, María Fe Bravo, Eudoxia Gay Pamos, Jordi Artigue y María Fuster, hayan accedido a compartir sus reflexiones y recuerdos sobre la historia de la AEN con todas las personas socias. Lamentablemente no hemos podido contar con la presencia de José García González y Mikel Munarriz, tristemente fallecidos, así como con dos expresidentes que no han podido participar por cuestiones personales: Francisco Torres y Francisco Chicharro. A todos ellos nuestro más sincero reconocimiento.

Esperamos que disfrutéis de la grabación, que, seguro os traerá a muchos de vosotros unos gratos recuerdos, y a los más jóvenes o socios más recientes, os ayudará a conocer mejor este importante hito: <https://youtu.be/KdDpNa61Cew?feature=shared>

La conmemoración tendrá su momento culmen en la celebración del próximo Congreso Centenario de la AEN en Bilbao, del 5 al 7 de junio de 2025. Desde la web de la AEN (<https://aen.es/>), en sus asociaciones autonómicas y redes sociales podréis encontrar la información precisa o la web específica del congreso (www.aen.es/XXIXcongresocentenario). Esperamos juntarnos un número considerable y seguir haciendo historia. ¡A por otros cien años de vida más saludable!

Junta directiva AEN-PSM y Comisión del Centenario de la AEN-PSM.

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>Asociación Andaluza de Profesionales de Salud Mental</p>	<p>S.A.S.M. salud mental</p>	<p>Asociación Castellano-Manchega de Profesionales de Salud Mental</p>	<p>ABSM ASOCIACIÓ BALEAR DE SALUT MENTAL</p>	<p>Asociación Extremeña de Neuropsiquiatría (AExN)</p>	<p>Asociación Cantabra de Profesionales de Salud Mental</p>
<p>Asociación Española de Neuropsiquiatría</p>	<p>asociación de profesionales de salud mental de Cantabria</p>	<p>Asociación de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria</p>	<p>Asociación Catalana de Profesionals de Salut Mental</p>	<p>de Salut Mental AEN PV del País Valencià</p>	<p>Española Asociación de Profesionales de Salud Mental de Neuropsiquiatría</p> <p>CENTENARIO 1924-2024</p>