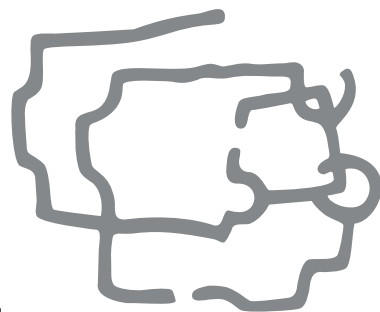


NORTE

DE SALUD MENTAL



Revista de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria

Volumen XXI nº 76 Julio 2026



Volumen XXI



N° 75



N° 76

Volumen XIX



N° 69



N° 70



N° 71

Volumen XX



N° 72



N° 73



N° 74

Volumen XVII



N° 63



N° 64



N° 65

Volumen XVIII



N° 66



N° 67



N° 68

Volumen XV



N° 57



N° 58

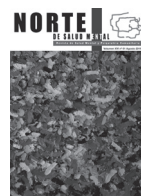


N° 59

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

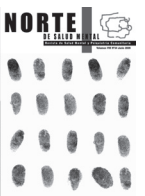


N° 44

Volumen VIII



N° 33



N° 34



N° 35



N° 36



N° 37



N° 38

NORTE de Salud Mental

Director:

Markez, Iñaki

Consejo Editorial:

Aparicio, Helena
Conseglieri, Ana
Domínguez, Iria

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

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

Martínez, Silvestre
Sánchez Alter, Cosme
Tascón Cervera, José Juan

Consejo Asesor y de Redacción:

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

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

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

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

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

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

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

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

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



NORTE de salud mental
Vol XXI n.º 76, julio 2026

<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

Autor portada: I.M.

Título: *¿Ormuz o Estrecho de Gibraltar?*

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

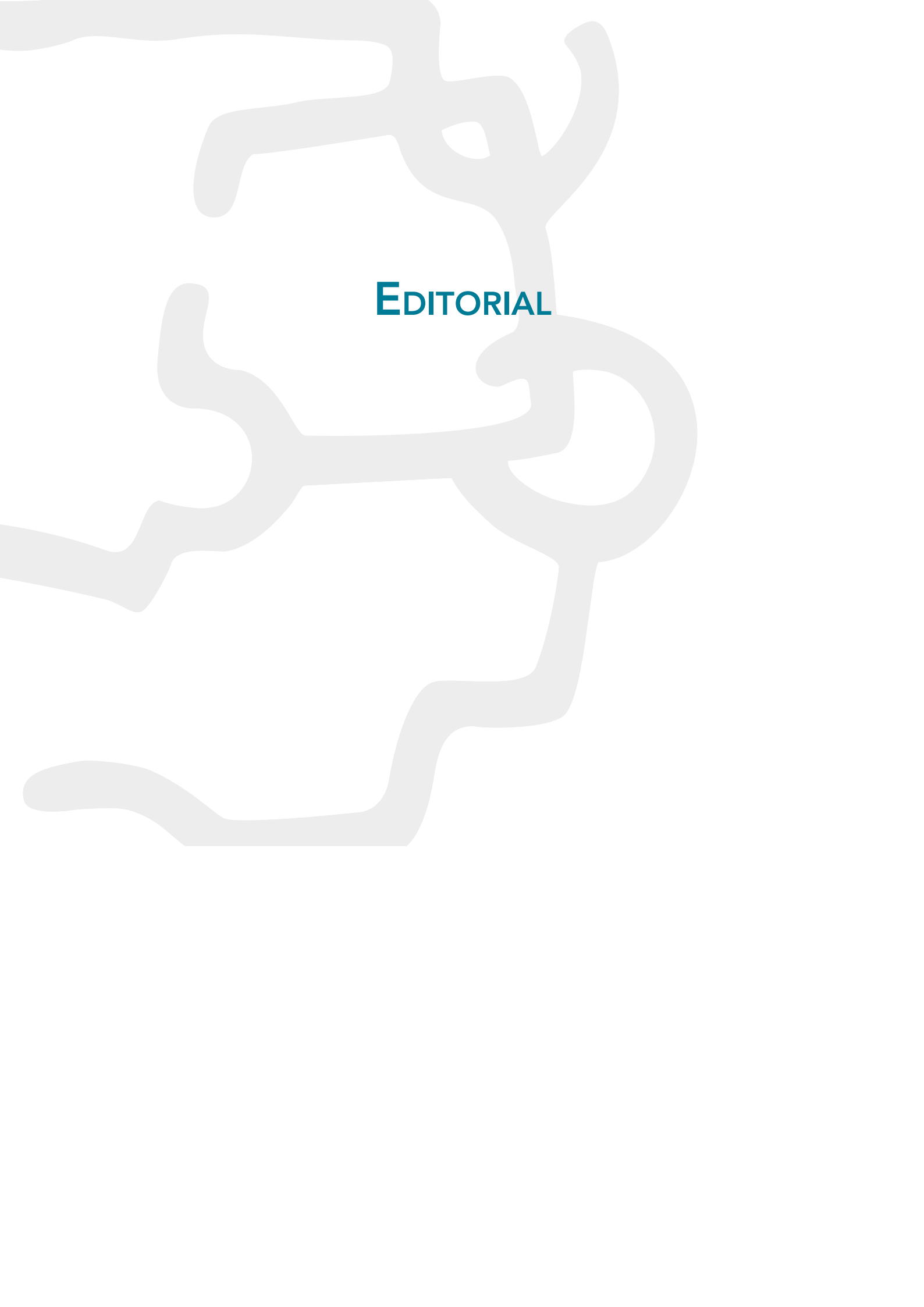
NORTE de salud mental 76. Julio 2026.

Editorial	5
• Desafíos para la salud mental comunitaria. <i>Pedro A. Marina González.</i>	7
Originales y revisiones	11
• Repensando la atención a jóvenes migrantes solos con patología dual y sinhogarismo: una propuesta de abordaje transversal. <i>Patricia Álvaro Serón, Imma Gual Cifuentes, José Manuel López Santín.</i>	13
• Cuando los esquemas se despiertan. De la vulnerabilidad singular a la función contenedora de la institución. <i>Gilles Brandibas.</i>	22
• El síndrome de Cassandra: clínica del saber desautorizado en el vínculo familiar. <i>Rafael Michel Molina Rojas.</i>	31
• Psiquiatría nutricional y metabólica. Nutrición evolucionista y salud humana. <i>Roberto García Sánchez.</i>	42
• Atención sociosanitaria en Canarias: limitaciones estructurales de la planificación y la salud mental como caso de evidencia. <i>Francisco Rodríguez Pulido, María de Los Ángeles Rodríguez García.</i>	53
• La Participación social de personas usuarias en servicios sociales y de salud mental: experiencia y marco estratégico para su implementación. <i>Marta Rosillo Herrero, Carlos Salamero Platas, Almudena De Silva.</i>	60
• 10 años del Congreso Internacional de Entrevoces / 7th Hearing Voices. Memoria Histórica del Colectivo Loco y Psiquiatrizado en España. <i>Miguel Otero Rúa.</i>	74
• De la práctica a la teoría. Salud mental y determinantes sociales. <i>Claudia Calderón, Idoia Larrañaga, Garbiñe Delgado, Mercè Borràs, Cosme Sánchez.</i>	79
• Transmisión transgeneracional del trauma en contextos de violencia política: una mirada al contexto español con perspectiva de género. <i>Lidia Luna Rodríguez.</i>	94
Pre-ocupaciones	107
• El agujero que habita al hombre: la violencia llamada machista. <i>Kepa Torrealdea Kozkorrotza.</i>	109
• Flexibilidad en la técnica psicoanalítica: Reflexiones para la clínica actual. <i>Ignacio Lafalla.</i>	118
• Neurosis Obsesiva y Trastorno por Déficit de Atención en el Adulto. Coyuntura de un Deslizamiento. <i>Nicolás Vucínovich Roca.</i>	122
Historia	127
• Hace ya algún tiempo: Psiquiatras españoles exiliados a Venezuela en la Guerra Civil. <i>Sonsoles Pacheco Larrucea, Reda Rahmani El Ouachekradi, Juan Medrano Albéniz, Oscar Martínez Azumendi, Iñaki Markez Alonso, Luis Pacheco Yáñez.</i>	129
• Enhorabuena a Rafael Huertas. <i>Sección de Historia de la AEN-PSM.</i>	149
Actualizaciones	151
• La clínica de la subjetividad. Psicopatología (estructural) y cultura (contemporánea). <i>Enric Novella.</i>	153
• Incidente en el manicomio: ni son todos los que están, ni están todos los que son. <i>Jorge L. Tizón.</i>	154
• Sumarios:	
Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria Vol. 22, n.º1	155
Boletín AMSM n° 53	156
Revista AEN	157

Summary

NORTE de salud mental 76. July 2026.

Editorial	5
• Challenges for community mental health. <i>Pedro A. Marina González.</i>	7
Original and reviews articles	11
• Rethinking care for young migrants alone with dual pathology and homelessness: a cross-cutting approach proposal. <i>Patricia Álvaro Serón, Imma Gual Cifuentes, José Manuel López Santín.</i>	13
• When schemas awaken. From singular vulnerability to the containing function of the institution. <i>Gilles Brandibas.</i>	22
• The Cassandra Syndrome: The Experience of Unacknowledged Knowledge in Family Relationships. <i>Rafael Michel Molina Rojas.</i>	31
• Nutritional and Metabolic Psychiatry. Evolutionary Nutrition and Human Health. <i>Roberto García Sánchez.</i>	42
• Social and health care in the Canary Islands: structural limitations of planning and mental health as a case of evidence. <i>Francisco Rodríguez Pulido, María de Los Ángeles Rodríguez García.</i>	53
• Social Participation of Service Users in Social and Mental Health Services: Experience and Strategic Framework for Implementation. <i>Marta Rosillo Herrero, Carlos Salameiro Platas, Almudena De Silva.</i>	60
• 10 años del Congreso Internacional de Entrevoces / 7th Hearing Voices. Memoria Histórica del Colectivo Loco y Psiquiatrizado en España. <i>Miguel Otero Rúa.</i>	74
• From practice to theory. Mental health and social determinants. <i>Claudia Calderón, Idoia Larrañaga, Garbiñe Delgado, Mercè Borràs, Cosme Sánchez.</i>	79
• Transgenerational transmission of trauma in contexts of political violence: A gender perspective on the Spanish context. <i>Lidia Luna Rodríguez.</i>	94
Concerns Challenges	107
• The hole that inhabits man: Violence called machismo. <i>Kepa Torrealdea Kozkorrotza.</i>	109
• Flexibility in Psychoanalytic Technique: Reflections for the current clinic. <i>Ignacio Lafalla.</i>	118
• Obsessive Neurosis and Attention Deficit Disorder in Adults: the Conjunction of a Slip. <i>Nicolás Vucínovich Roca.</i>	122
History	127
• Some time ago: Spanish psychiatrists exiled to Venezuela during the Civil War. <i>Sonsoles Pacheco Larrucea, Reda Rahmani El Ouachekradi, Juan Medrano Albéniz, Oscar Martínez Azumendi, Iñaki Markez Alonso, Luis Pacheco Yáñez.</i>	129
• Enhorabuena a Rafael Huertas. <i>Sección de Historia de la AEN-PSM.</i>	149
Book reviews	151
• La clínica de la subjetividad. Psicopatología (estructural) y cultura (contemporánea). <i>Enric Novella.</i>	153
• Incidente en el manicomio: ni son todos los que están, ni están todos los que son. <i>Jorge L. Tizón.</i>	154
• Summaries:	
Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria Vol. 22, n.º1	155
Boletín AMSM n.º 53	156
Revista AEN	157



EDITORIAL

Desafíos para la salud mental comunitaria¹.

Challenges for community mental health.

Pedro A. Marina González.

Psiquiatra. Jefe del Servicio de Gestión de Áreas Clínicas de Salud Mental. Asturias.

Desde hace muchos años se habla de salud y de salud mental comunitaria, así como de su práctica, sin embargo, no siempre se hace referencia a lo mismo. Lo comunitario tiene un trasfondo, un contexto al que debemos remitirnos. Como Desviat y Moreno (2012) nos recuerdan el interés por la salud comunitaria se instala en el contexto de la fuerza renovadora de los movimientos sociales en los años sesenta del pasado siglo y el auge de las nuevas orientaciones de la salud pública: la llamada Nueva Salud Pública. En aquel momento la Organización Mundial de la Salud preconiza que las acciones en salud no deben ser sólo para reparar el daño o el control de las epidemias, sino que deben hacerse cargo del cuidado de la salud de la población.

Es en este contexto cuando se produce la adscripción de la salud mental al espíritu comunitario con razones que tienen que ver con la ineficacia y el fracaso del hospital psiquiátrico como espacio terapéutico, y la necesidad de restituir la dignidad y los derechos a los pacientes. En nuestro país la salud mental comunitaria aparece fuertemente vinculada a los procesos denominados de Reforma Psiquiátrica de finales del siglo veinte.

Por tanto, la salud mental comunitaria incluye un elemento diferencial con relación a la salud comunitaria. Al igual que esta, implica un modelo de salud que trasciende a la mera asistencia clínica y se proyecta a la comunidad con medidas para la promoción del bienestar y el cuidado de la salud atendiendo a los determinantes sociales, pero también incluye las acciones para asegurar la atención en la comunidad de las personas con trastornos mentales graves de modo que alcancen los máximos niveles de inclusión, autonomía e independencia en su entorno proporcionando para ello los apoyos necesarios y garantizando el pleno ejercicio de sus derechos.

Han pasado muchos años desde entonces. El modelo de atención primaria de vocación comunitaria comenzó en 1984 con el Decreto sobre Estructuras Básicas de Salud y el espíritu de la Reforma quedó parcialmente recogido en la Ley General de Sanidad de 1986. ¿Cómo están ahora?

Hay dos informes principales de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS), ambos publicados en la Gaceta Sanitaria, que dan cuenta del estado de la salud y la salud mental comunitaria, uno de 2018 de Sobrino, Hernán, y Cofiño, ¿De qué hablamos cuando hablamos de "salud comunitaria"? y otro de 2020, de Juliá, Aguilera, Megías y Martínez, "Evolución y estado del modelo comunitario de atención a la salud mental".

El primero concluye que, salvo excepciones aisladas, la atención primaria no desarrolla acciones comunitarias en salud ni participa en procesos comunitarios (tampoco los que tengan que ver con la salud mental), y el segundo que, "a pesar de los esfuerzos legislativos de las últimas décadas y la inclusión de nuevos paradigmas asistenciales, en su estado actual la atención comunitaria [en salud mental] no ha alcanzado la globalidad del sistema".

¹ Los contenidos de este texto fueron presentados en las XXXI Jornadas de la AEN celebradas en Toledo entre el 11 y 13 de junio de 2026.

Este sería el estado de lo comunitario que se da en el trasfondo actual. La situación actual es radicalmente distinta a la de los orígenes del movimiento comunitario. Vivimos en una sociedad en la que el individualismo, auspiciado torticeramente por el neoliberalismo, es la norma, convirtiendo a cada persona en la responsable última de los éxitos y fracasos de la vida, sin tener en cuenta el contexto ni los determinantes sociales que la condicionan. En consonancia con esta artificiosa propuesta, el malestar de la vida no se expresa mediante tensiones sociales y cristaliza en mala salud mental.

Así, vivimos en unos tiempos en los que la salud mental ocupa un lugar central en la percepción social y la vida de las personas. El malestar derivado de los problemas de la vida actualmente se vive con plena conciencia y reconocimiento de un padecimiento individual que puede requerir ayuda profesional. Esta novedosa situación, que se enmarca en los cambios sociales y culturales de los últimos decenios, ha desembocado en lo que se ha denominado “crisis de salud mental” y como tal supone un desafío social y asistencial.

De otro lado, la situación de las personas que padecen sufrimiento psíquico extremo sigue siendo precaria y continúan aspirando a recibir la atención más apropiada respetuosa con sus derechos, de modo que se atenúen los efectos negativos del estigma social y que les permita llevar una vida más autónoma e independiente, incluso de la red de cuidados de salud mental. En este sentido el movimiento en primera persona es paradigmático.

Desafortunadamente la perspectiva imperante para interpretar los problemas de salud mental es la biomédica. El modelo biomédico, tan eficaz en la atención de enfermedades físicas, es inadecuado para la comprensión y el abordaje de las expresiones psíquicas del malestar. Desde este modelo biomédico las alteraciones de la salud mental son vistas como producto de déficits individuales de modo que los sitúa en una lógica individualista donde cada cual debe resolver de forma independiente su sufrimiento. De esta manera se cierra el círculo que atribuye toda la responsabilidad a las personas y con ello la posibilidad de un planteamiento de salud pública y colectivo de la salud mental.

En este contexto ¿cuáles son algunos de los principales desafíos de la acción comunitaria en salud mental?:

1. Remarcar el papel de los determinantes sociales en el malestar, pero también en el bienestar de las personas. Pasar a un cuidado colectivo de la salud.
2. Superar el modelo biomédico. Lo que implica usar con cautela el término “salud” en tanto remita a un fenómeno esencialmente individual desligado de componentes colectivos. En este sentido puede ser estratégico hablar de acciones para mejorar el estado de bienestar de una comunidad o un colectivo, antes que el estado de salud.
3. Incorporar a las acciones comunitarias por el bienestar a las personas con trastorno mental grave o sufrimiento psíquico extremo. Todos los recursos comunitarios deben estar en disposición de acoger a personas con discapacidad psicosocial en igualdad de condiciones. Su integración social debe ser a través de los recursos sociales y comunitarios existentes y no a través de recursos específicos. El liderazgo de los movimientos en primera persona es crucial para esta misión.
4. Reducir la presencia de lo sanitario y promover la de otros agentes en las acciones comunitarias por el bienestar y la recuperación. El acercamiento desde el ámbito sanitario a lo que se da en la comunidad debe hacerse de una manera más modesta y respetuosa con otras tradiciones de acción comunitaria que, aunque no sean sanitarias, tienen un notable impacto en el bienestar de las comunidades desde paradigmas más integradores y amplios de aquello a lo que nos referimos con “salud comunitaria”.
5. Romper las dinámicas individualistas y recuperar la importancia de la comunidad.

Es evidente que el modelo comunitario está fuera de las corrientes sociales principales. Sin embargo, lo que propone es crucial para configurar sociedades participativas e incluyentes. Ese es el principal desafío en la actualidad, generar a partir de estos modelos comunitarios un movimiento social transformador, contracorriente, que permita el desarrollo de una sociedad comprometida con la reivindicación y la lucha por el bienestar colectivo que incluya en pie de igualdad a las personas con trastornos mentales graves.

Referencias

Desviat M, Moreno A. (2012) 1.1. Principios y objetivos de la salud mental comunitaria. En “Acciones de salud mental en la comunidad”. Desviat M, Moreno A (editores). AEN, Estudios 47 pp. 21-27.

Juliá R, Aguilera C, Megías F, Martínez JR. (2020). Evolución y estado del modelo comunitario de atención a la salud mental. Informe SESPAS 2020. Gaceta Sanitaria, 34 (S1). 81-86.

Sobrino C, Hernán H y Cofiño R. (2018). ¿De qué hablamos cuando hablamos de “salud comunitaria”? Informe SESPAS 2018. Gaceta Sanitaria. 32 (S1): 5-12.



ORIGINALES Y REVISIONES

Repensando la atención a jóvenes migrantes solos con patología dual y sinhogarismo: una propuesta de abordaje transversal.

Rethinking care for young migrants alone with dual pathology and homelessness: a cross-cutting approach proposal.

Patricia Álvaro Serón. Psiquiatra, CSMA Dreta de l'Eixample, Fundació CPB Serveis Salut Mental.

Imma Gual Cifuentes. Enfermera, CSMA Dreta de l'Eixample, Fundació CPB Serveis Salut Mental.

José Manuel López Santín. Psiquiatra CSMA Santa Coloma, Hospital del Mar.

Resumen: Los jóvenes migrantes solos en situación de sinhogarismo constituyen un colectivo de alta vulnerabilidad, especialmente cuando presentan patología dual, combinando trastornos mentales severos y consumo de sustancias. Este artículo describe el perfil detectado en la ciudad de Barcelona, analiza el itinerario actual de atención social y sanitaria, identifica sus limitaciones y propone un modelo de intervención transversal basado en un enfoque comunitario y asertivo. Se destaca la necesidad de mejorar la coordinación interinstitucional y adaptar los recursos existentes a las características específicas de esta población.

Palabras clave: Jóvenes migrantes, patología dual, sinhogarismo, salud mental comunitaria, intervención transversal, exclusión social.

Abstract: Young unaccompanied migrants experiencing homelessness are a highly vulnerable group, especially when they have dual pathologies, combining severe mental disorders and substance use. This article describes the profile detected in the city of Barcelona, analyses the current social and health care pathway, identifies its limitations, and proposes a cross-cutting intervention model based on a community and assertive approach. The need to improve inter-institutional coordination and adapt existing resources to the specific characteristics of this population is highlighted.

Key words: Young migrants, dual pathology, homelessness, community mental health, transversal intervention, social exclusion.

Introducción

En los últimos años se ha producido un incremento sostenido de la llegada a España de jóvenes migrantes sin referentes familiares en situación de exclusión social, especialmente en Barcelona y su área metropolitana, donde en 2024 se registraron más de 2.600 nuevos casos. La mayoría son varones y proceden, en gran parte, de países del África subsahariana, principalmente Senegal, Mali y Gambia (1, 2).

A su llegada, algunos son reconocidos directamente como mayores de edad, mientras que otros son inicialmente considerados menores y posteriormente declarados mayores tras la realización de pruebas osteométricas. En Cataluña, al menos 356 jóvenes fueron declarados mayores de edad en 2024 a partir de estas evaluaciones, lo que supuso la retirada de la tutela administrativa y, en muchos casos, la salida abrupta de los recursos residenciales (3).

Una parte significativa de estos jóvenes presenta, en algún momento de su trayectoria, problemas de salud mental que requieren atención urgente en dispositivos de psiquiatría e ingresos en unidades de agudos. Sin embargo, tras el alta hospitalaria, la vinculación a los centros de salud mental de referencia suele ser limitada o inestable debido a la elevada complejidad clínica y social que presentan (4,5).

Dicha complejidad deriva de la interacción de múltiples factores. Entre ellos destacan factores estructurales, como trayectorias migratorias marcadas por experiencias traumáticas, ausencia de red familiar y situación administrativa irregular; factores sanitarios, relacionados con una elevada prevalencia de trastornos mentales graves y patología dual, especialmente trastornos psicóticos asociados al consumo de sustancias; y factores culturales, como las barreras idiomáticas y las diferencias en la expresión y conceptualización del malestar psíquico (6,7).

Estas circunstancias dificultan la vinculación con los dispositivos sociosanitarios y se traducen con frecuencia en baja adherencia terapéutica, utilización discontinua de los recursos y episodios recurrentes de descompensación clínica. La evidencia disponible señala la necesidad de desarrollar modelos de intervención específicos, integrales y culturalmente adaptados, capaces de garantizar la continuidad asistencial, la cobertura de las necesidades básicas y la reducción del riesgo de exclusión social (8,9).

Desde 2024 se ha observado un aumento de derivaciones al Centro de Salud Mental de Adultos (CSMA) Dreta de l'Eixample, especialmente al Programa de Atención Especializada al Trastorno Psicótico Incipiente, de jóvenes migrantes de 18 a 21 años con antecedentes de trastorno mental grave, principalmente esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, y alta prevalencia de patología dual, especialmente consumo de cannabis. Clínicamente, presentan con frecuencia escasa conciencia de trastorno, escasa adherencia terapéutica y rechazo al tratamiento psicofarmacológico. La mayoría se encuentra en situación administrativa irregular y algunos tienen procedimientos judiciales abiertos. Psicosocialmente, muestran grave vulnerabilidad: sinhogarismo o inestabilidad residencial severa, vida itinerante, ausencia de red familiar presencial y dificultades para cubrir necesidades básicas (10,11).

Estos factores sitúan a estos jóvenes en alto riesgo clínico y de exclusión social, evidenciando limitaciones del modelo asistencial actual. Por ello, resulta necesario replantear y adaptar los circuitos de atención, incorporando estrategias que mejoren accesibilidad, continuidad y adecuación de la intervención clínica (12).

Itinerario actual de atención social y sanitaria

El circuito actual de atención a estos jóvenes se configura, en términos generales, a partir de un modelo secuencial de derivación institucional interdepartamental.

Este proceso se inicia con la intervención del Servicio de Detección e Intervención con niños, adolescentes y jóvenes migrantes solos (SDI), dependiente del área de espacio público de los servicios sociales municipales. Dicho dispositivo realiza funciones de prospección activa en el entorno urbano, identificando a jóvenes en situación de vulnerabilidad y actuando como mecanismo de cribado y puerta de entrada a la red de recursos de protección y atención social, gestionada por el Departamento de Derechos Sociales de la Generalitat de Cataluña.

Para cada persona se establece un itinerario residencial estructurado que incluye el acceso inicial a Centros de Primera Acogida (albergues municipales) y, de manera progresiva, la derivación a recursos de vivienda de mayor estabilidad, caracterizados por estancias de mayor duración, menor nivel de supervisión y mayor autonomía.

Este itinerario queda condicionado al cumplimiento de un plan de trabajo individualizado, previamente definido por el Servicio de Acceso Único a los centros residenciales para personas sin hogar del Institut Municipal de Serveis Socials. Dicho plan suele incluir la atención y acompañamiento del Servicio de Atención a Inmigrantes, Emigrantes y Refugiados del Ayuntamiento de Barcelona, que orienta durante el proceso de regularización administrativa; la participación en actividades formativas; y la continuidad asistencial en el CSMA en los casos en que existe patología psiquiátrica diagnosticada.

No obstante, no se contempla la participación de profesionales de los servicios de salud mental en la elaboración de estos planes de trabajo. Una limitación descrita también en otros modelos europeos de atención a población migrante vulnerable (13).

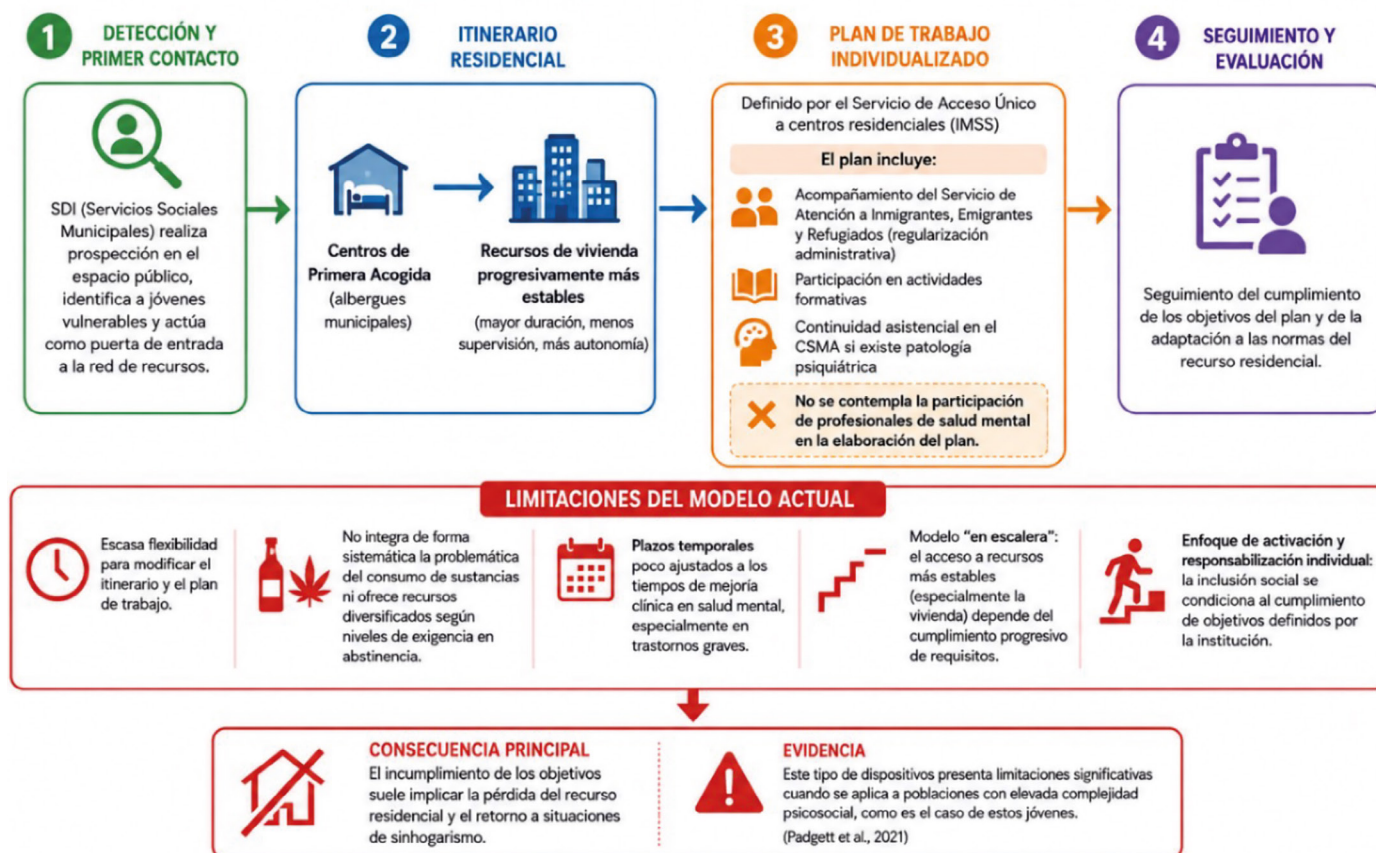
Una vez establecidos el itinerario residencial y el plan de trabajo, las posibilidades de modificación son muy limitadas, lo que reduce su capacidad de adaptación a la evolución clínica y psicosocial de las personas. Asimismo, los itinerarios de vivienda no integran de forma sistemática la problemática asociada al consumo de sustancias, ni cuentan con una diversificación suficiente de recursos en función de los distintos niveles de exigencia en relación con la abstinencia (14).

Por otro lado, los planes de trabajo se estructuran en torno a plazos temporales que, con frecuencia, resultan poco ajustados a los tiempos necesarios para la mejoría clínica en salud mental, especialmente en el caso de trastornos mentales graves. En este contexto, el incumplimiento de los objetivos establecidos suele implicar la pérdida del recurso residencial y, con ello, el retorno a situaciones de sinhogarismo.

Desde una perspectiva teórica, este modelo puede interpretarse como una manifestación del denominado “modelo en escalera”, en el cual el acceso a recursos de mayor estabilidad, particularmente la vivienda, queda condicionado al cumplimiento progresivo de una serie de requisitos (9). En este marco, el itinerario residencial se articula mediante un plan de trabajo individualizado que integra dimensiones formativas, clínicas y de adaptación a las normas del recurso habitacional.

Este enfoque se inscribe, asimismo, en los modelos de activación y responsabilización individual característicos de las políticas sociales contemporáneas, en los que la inclusión social se concibe como un proceso condicionado al cumplimiento de objetivos previamente definidos por las instituciones. No obstante, la evidencia empírica sugiere que este tipo de dispositivos presenta limitaciones significativas cuando se aplica a poblaciones con elevada complejidad psicosocial, como es el caso de estos jóvenes (15).

Figura 1. Itinerario actual de atención social y sanitaria



Limitaciones del modelo actual

El análisis crítico del modelo vigente pone de manifiesto diversas limitaciones, ampliamente documentadas en la literatura.

En primer lugar, la rigidez de los itinerarios contrasta con la naturaleza dinámica y no lineal de los procesos de recuperación en salud mental, los cuales requieren intervenciones flexibles, centradas en la persona y adaptadas a su evolución. Esta falta de flexibilidad puede favorecer procesos de exclusión institucional al no ajustarse a los ritmos individuales (16).

En segundo lugar, se observa un desajuste estructural entre los tiempos administrativos de los recursos y los tiempos clínicos necesarios para la estabilización psicosocial. Este fenómeno ha sido descrito como una "desincronización institucional", con impacto negativo en la continuidad de los procesos terapéuticos (17).

Asimismo, que el consumo de sustancias continúe siendo considerado un criterio de exclusión, tanto para el acceso como para la permanencia, en los dispositivos residenciales evidencia la persistente fragmentación entre los sistemas de atención social, sanitaria y de adicciones. Desde el enfoque de la atención integrada, esta separación limita la eficacia de las intervenciones y dificulta el abordaje de situaciones de comorbilidad (18).

Otro elemento crítico es el riesgo de retorno al sinhogarismo ante el incumplimiento de los planes de trabajo. Este aspecto evidencia la persistencia de modelos condicionales que, en lugar de garantizar derechos básicos como el acceso a la vivienda, lo subordinan a la adherencia conductual. En contraposición, enfoques como el Housing First han demostrado que la provisión no condicionada de vivienda mejora significativamente los resultados en estabilidad residencial y en salud (19,8).

Por último, la fragmentación de la atención entre múltiples servicios y departamentos de distintas administraciones constituye una barrera relevante para la continuidad asistencial y la construcción de vínculos terapéuticos estables. En este contexto, la adherencia a los servicios de salud mental suele verse comprometida por la interacción de barreras estructurales, como dificultades de acceso al uso del transporte público o coordinación entre equipos interdepartamentales, y factores culturales, incluyendo diferencias en la comprensión del malestar psíquico y en la aceptación del tratamiento farmacológico (20).

Limitación del modelo actual	Descripción	Consecuencias principales
Rigidez de los itinerarios	Los itinerarios son poco flexibles y no se adaptan a la naturaleza dinámica y no lineal de los procesos de recuperación en salud mental.	Puede favorecer procesos de exclusión institucional y dificultar una atención centrada en la persona.
Desajuste entre tiempos administrativos y clínicos	Existe una diferencia entre los tiempos de funcionamiento de los recursos y los tiempos necesarios para la estabilización psicosocial.	Impacto negativo en la continuidad de los procesos terapéuticos ("desincronización institucional").
Escasa integración de la problemática de consumo de sustancias	Los dispositivos residenciales mantienen una separación entre atención social, sanitaria y de adicciones.	Menor eficacia de las intervenciones y dificultades para abordar situaciones de comorbilidad.
Riesgo de retorno al sinhogarismo	El acceso y mantenimiento de la vivienda depende del cumplimiento de planes de trabajo y adherencia conductual.	Posible pérdida de vivienda y perpetuación de modelos condicionales.
Fragmentación de la atención	La atención se distribuye entre múltiples servicios y administraciones con escasa coordinación.	Dificultades para la continuidad asistencial, vínculos terapéuticos inestables y menor adherencia a salud mental.

Propuesta de intervención

Atención a las necesidades de vivienda y de regularización administrativa

La atención a las necesidades de vivienda constituye un eje central en la intervención con jóvenes migrantes en situación de sinhogarismo y con trastornos mentales graves. A partir del análisis del modelo actual, se identifican diversas líneas de mejora orientadas a optimizar la adecuación de los itinerarios residenciales y su articulación con los dispositivos de salud mental.

En primer lugar, resulta fundamental incorporar de manera sistemática a los servicios de salud mental en el diseño y la elaboración de los planes de intervención definidos por el Servicio de Acceso Único. Esta participación permitiría ajustar los objetivos y los tiempos de intervención a la realidad clínica de los jóvenes, favoreciendo una mayor coherencia entre las dimensiones social y sanitaria, así como facilitando, cuando proceda, la tramitación de autorizaciones de residencia por razones humanitarias (21).

En segundo lugar, se plantea la necesidad de flexibilizar los itinerarios residenciales, especialmente en lo relativo a los dispositivos de primera acogida. En este sentido, sería recomendable contemplar estancias de mayor duración en los Centros de Primera Acogida cuando la situación clínica lo requiera, así como facilitar el acceso directo a dispositivos de mayor estabilidad residencial, evitando transiciones innecesarias que puedan comprometer la continuidad asistencial.

Se destaca la importancia de adecuar estos dispositivos a personas con patología dual, garantizando una atención integral y coordinada (22).

Atención desde salud mental

Se propone un modelo de intervención transversal inspirado en el modelo de gestión de casos y el tratamiento asertivo comunitario, que prioriza la atención en el entorno del individuo y facilita el acceso a los recursos necesarios (23). La intervención se sustenta en un acompañamiento continuado mediante una figura de referencia estable a lo largo del tiempo, que garantiza la coordinación entre los distintos circuitos de atención (salud mental, drogodependencias, servicios sociales, atención primaria, recursos para personas sin hogar y servicios de inmigración) y facilita la implementación de itinerarios de intervención flexibles, adaptados a las necesidades y circunstancias particulares de cada persona.

Junto con la participación de esta figura de acompañamiento estable, en el CSMA contamos con un equipo multidisciplinar integrado por profesionales de psiquiatría, enfermería y trabajo social del centro de salud mental, conocedores de los recursos sociales, jurídicos y sanitarios que necesitan estas personas.

Nuestras intervenciones se caracterizan por su carácter flexible, su proximidad y su adaptación al ritmo y necesidades de la persona usuaria, contemplando, cuando procede, el desplazamiento de los profesionales al entorno habitual de vida para asegurar una adecuada atención (24). Según la gravedad de la patología adictiva, se plantea la vinculación a centros de atención a drogodependencias.

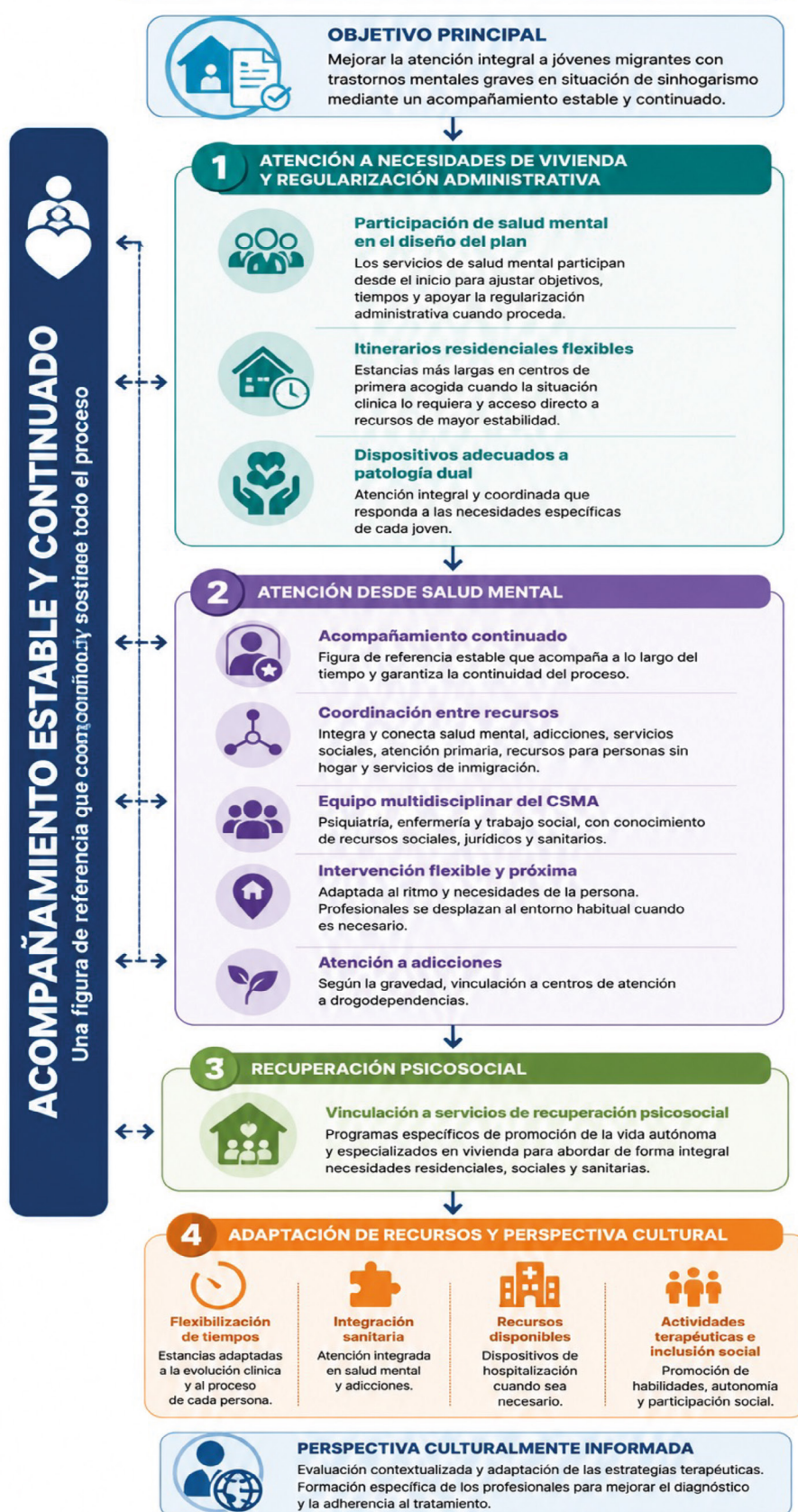
Recuperación psicosocial

Por último, se considera pertinente promover la vinculación de estos jóvenes a servicios de recuperación psicosocial que cuenten con programas específicos de promoción de la vida autónoma, especializados en vivienda, con el objetivo de garantizar un abordaje integral y coordinado de sus necesidades residenciales, sociales y sanitarias.

En síntesis, la efectividad del modelo requiere la adaptación de los recursos existentes. Entre las principales medidas propuestas se encuentran la flexibilización de los tiempos de estancia en los recursos residenciales, la integración de la atención en salud mental y adicciones, la disponibilidad de dispositivos de hospitalización cuando sea necesario y la incorporación de actividades terapéuticas y de inclusión social (12).

Del mismo modo, resulta imprescindible que la intervención se base en una perspectiva culturalmente informada, capaz de favorecer evaluaciones contextualizadas y de ajustar las estrategias terapéuticas a las trayectorias vitales y realidades socioculturales de cada persona. En este contexto, la formación específica de los profesionales adquiere un papel central para mejorar la precisión diagnóstica, fortalecer la adherencia al tratamiento y promover una atención más adecuada, integral y eficaz (20,7).

Figura 2. Propuesta de intervención. Atención integral y continuada



Conclusiones

Los jóvenes migrantes no acompañados con patología dual en situación de sinhogarismo requieren un modelo de atención específico, basado en la coordinación intersectorial y el acompañamiento continuado.

El modelo actual presenta una fragmentación relevante que dificulta la continuidad asistencial. La falta de coordinación entre dispositivos y la rigidez de los recursos disponibles contribuyen a situaciones de discontinuidad en la atención y, en algunos casos, a dinámicas de exclusión reiterada.

Frente a ello, un enfoque transversal permitiría superar estas limitaciones mediante una atención centrada en la persona, flexible y adaptada a su realidad clínica y social. Este tipo de abordaje podría mejorar la vinculación a los servicios, la adherencia terapéutica y los resultados en salud y bienestar social. No obstante, su implementación requiere cambios estructurales, una mayor dotación de recursos y un compromiso institucional sostenido.

Contacto

Patricia Álvaro Serón • C/ Transversal, 39, Bajos 5 • 08902 Hospitalet de Llobregat (Barcelona)

Bibliografía

1. Ajuntament de Barcelona. Informe sobre joves migrants sols i exclusió residencial a Barcelona. Barcelona: Ajuntament de Barcelona; 2024.
2. Save the Children. Crecer sin papeles: infancia migrante y exclusión social en España. Madrid: Save the Children; 2023.
3. Síndic de Greuges de Catalunya. Informe sobre derechos de infancia y juventud migrante. Barcelona: Síndic de Greuges de Catalunya; 2024.
4. Fortea M, Álvarez M, Pérez V. Mental health care pathways among migrant youth in Spain. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2022;15(3):145-153.
5. Kalt A, Hossain M, Kiss L, Zimmerman C. Asylum seekers, violence and mental health: A systematic review. *BMC Psychiatry*. 2023;23(1):112.
6. Médicos del Mundo. Exclusión residencial y salud mental en población migrante. Madrid: Médicos del Mundo; 2023.
7. World Health Organization. World Mental Health Report: Transforming Mental Health for All. Geneva: World Health Organization; 2022.
8. Aubry T, Nelson G, Tsemberis S. Housing First for people with severe mental illness who are homeless: A review of the research and findings from the At Home-Chez Soi demonstration project. *Can J Psychiatry*. 2020;65(4):221-230.
9. Pleace N. Housing First Guide Europe. Brussels: FEANTSA; 2021.
10. Hjern A, Vervliet M. Mental health and resilience among unaccompanied refugee minors. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2022;31(2):245-260.
11. European Union Agency for Fundamental Rights. Fundamental rights report: Migration and asylum. Vienna: European Union Agency for Fundamental Rights; 2023.
12. SAMHSA. Integrated Treatment for Co-Occurring Disorders Evidence-Based Practices Kit. Rockville (MD): Substance Abuse and Mental Health Services Administration; 2020.

13. FEANTSA. Homelessness and Migration in Europe. Brussels: FEANTSA; 2022.
14. Tsai J, Wilson M. COVID-19: A potential public health problem for homeless populations. *Lancet Public Health*. 2020;5(4):e186-e187.
15. Padgett DK, Henwood B, Tsemberis S. *Housing First: Ending homelessness, transforming systems, and changing lives*. Oxford: Oxford University Press; 2021.
16. Davidson L, Rowe M, Tondora J, O'Connell M, Lawless M. Recovery-oriented systems of care and person-centered approaches in mental health. *Am J Psychiatr Rehabil*. 2021;24(2):89-104.
17. Rosenheck R, Tsai J, KasproW W. Challenges of coordinating care for homeless persons with mental illness. *Health Aff (Millwood)*. 2020;39(4):617-623.
18. Drake RE, Mueser KT, Brunette MF. Management of persons with co-occurring severe mental illness and substance use disorder. *Psychiatr Rehabil J*. 2021;44(3):219-228.
19. Tsemberis S. *Housing First: The pathways model to end homelessness for people with mental illness and addiction manual*. Center City (MN): Hazelden Publishing; 2020.
20. Kirmayer LJ, Narasiah L, Munoz M. Common mental health problems in immigrants and refugees: General approach in primary care. *CMAJ*. 2023;195(7):E242-E249.
21. European Commission. *Action Plan on Integration and Inclusion 2021–2027*. Brussels: European Commission; 2022.
22. Minkoff K, Cline C. Integrated treatment systems for individuals with co-occurring disorders. *Psychiatr Clin North Am*. 2021;44(3):435-450.
23. Bond GR, Drake RE. Assertive community treatment for frequent users of psychiatric hospitals. *Psychiatr Serv*. 2020;71(4):378-380.
24. Stergiopoulos V, Mejia-Lancheros C, Nisenbaum R, et al. Long-term effects of Housing First on housing stability and mental health. *Lancet Public Health*. 2021;6(10):e709-e718.

- Recibido: 15/06/2026.
- Aceptado: 02/07/2026.

Cuando los esquemas se despiertan¹. De la vulnerabilidad singular a la función contenedora de la institución.

When schemas awaken. From singular vulnerability to the containing function of the institution.

Gilles Brandibas. Doctor en Psicopatología, Psicólogo clínico, Formador ACTIF, Supervisor de equipos, Presidente del IPCRA (Institut Pratiques Cliniques et Recherche Appliquée).

Resumen: Este artículo propone una comprensión del malestar de los profesionales del sector social y sociosanitario a partir de la articulación entre sus esquemas de funcionamiento y las dinámicas grupales. Conectando el concepto de esquemas tempranos desadaptativos (Young), la teoría de los envolventes psíquicos grupales (Anzieu, Kaës) y una reflexión sobre las funciones de la institución, mostramos que el agotamiento profesional no puede entenderse ni como un déficit individual ni como una pura producción institucional. Nace del encuentro entre vulnerabilidades singulares y un fallo de la contención grupal e institucional. El análisis clínico (supervisión, grupos de análisis de la práctica) aparece entonces como el dispositivo que permite restaurar las condiciones del pensamiento y devolver a los esquemas personales su función de recursos en lugar de trampas.

Palabras clave: *esquemas tempranos desadaptativos, envolvente psíquico grupal, institución, supervisión clínica, malestar profesional, contención.*

Abstract: This article proposes an understanding of professional distress among social and healthcare workers through the articulation of their functional schemas and group dynamics. Drawing on early maladaptive schemas (Young), the theory of group psychic envelopes (Anzieu, Kaës), and a reflection on institutional functions, we argue that professional burnout can be understood neither as individual deficit nor as pure institutional production. It arises from the encounter between singular vulnerabilities and a failure of group and institutional containment. Clinical analysis -supervision, practice analysis groups- emerges as the key device for restoring the conditions of thought and allowing personal schemas to function as resources rather than traps.

Key words: early maladaptive schemas, group psychic envelope, institution, clinical supervision, professional distress, containment.

Introducción

La afirmación es conocida, repetida, pero su sentido olvidado. Parece que no ejercemos estos oficios por casualidad. ¿Qué oficios? El de trabajador social, enfermero, cuidador, acompañante, educador. El de reparar heridas que no se deciden a cerrarse. Oficios imposibles, quizás. Oficios necesarios, sin duda.

1 Nota: Este artículo es la traducción adaptada al español de un trabajo publicado en francés: Brandibas, G. (2025). Quand les schémas se réveillent. De la vulnérabilité singulière à la fonction contenant de l'institution. Les Cahiers de l'Actif. Traducción y adaptación realizadas por el autor.

En España, el Plan de Acción de Salud Mental 2022-2026 ha puesto de manifiesto la amplitud de una crisis que no respeta a quienes se supone que cuidan de los demás. Las tasas de burnout entre los profesionales de los sectores social y sociosanitario alcanzan niveles alarmantes, la rotación de personal se ha intensificado, y la contratación resulta cada vez más difícil. Estos fenómenos no son exclusivos del contexto español: se observan en toda Europa, en el cruce entre la presión de los recursos y la complejidad creciente de las situaciones acompañadas.

Frente a esta situación, las respuestas oscilan entre dos polos igualmente insatisfactorios. Por un lado, la individualización del sufrimiento: a los profesionales se ofrecen formaciones en gestión del estrés, técnicas de relajación, enfoques de desarrollo personal, como si el problema surgiera de su incapacidad para gestionar sus emociones. Por otro lado, la denuncia sistémica: se señalan las políticas de austeridad, la reducción de recursos, las contradicciones de las instrucciones, como si los profesionales fueran únicamente víctimas pasivas de un sistema maltratan.

Ambas lecturas, por parcialmente acertadas que sean, pasan por alto un punto esencial: el encuentro entre lo que los profesionales portan en sí mismos (sus recursos, pero también sus vulnerabilidades) y lo que el entorno institucional les ofrece o les niega (la contención, pero también sus fallos).

En un artículo anterior (Brandibas, 2024), propusimos la metáfora de los pucheros para designar esas heridas personales que todos portamos, tanto profesionales como personas acompañadas. Mostramos cómo estos pucheros podían resonar unos con otros, creando a veces una sinfonía de curación, otras un ruido ensordecedor.

Aquí quisiéramos prolongar esta reflexión articulando tres niveles de análisis demasiado a menudo disociados: el nivel individual, con los esquemas tempranos desadaptativos que orientan hacia estos oficios y que pueden reactivarse bajo estrés; el nivel grupal, con la dinámica del equipo como envolvente psíquico contenedor o fallido; y el nivel institucional, con las funciones que la institución puede o no asegurar para permitir el pensamiento y el cuidado.

Nuestra tesis es la siguiente: el malestar de los profesionales no es ni un déficit individual (esquemas «enfermos» a corregir) ni una pura producción institucional (víctimas pasivas de un sistema). Nace del encuentro entre vulnerabilidades singulares y un grupo que ya no puede contenerlas, en una institución que ha dejado de asegurar sus funciones simbólicas.

Los esquemas tempranos: recursos y vulnerabilidades

Jeffrey Young (2003) desarrolló el concepto de esquemas tempranos desadaptativos para designar esos patrones emocionales y cognitivos que se constituyen en la infancia y adolescencia, en respuesta a necesidades fundamentales no satisfechas. Estos esquemas persisten en la edad adulta e influyen profundamente en nuestra manera de ser en el mundo y con los demás. Constituyen una grilla de lectura particularmente fecunda para comprender lo que se juega en los oficios del acompañamiento.

Young identifica cinco dominios de necesidades fundamentales cuya frustración conduce a la formación de esquemas: la necesidad de seguridad y apego, la necesidad de autonomía y competencia, la necesidad de límites realistas, la necesidad de reconocimiento y expresión, y la necesidad de espontaneidad y juego. Cuando estas necesidades no se satisfacen suficientemente en la infancia, se desarrollan esquemas que colorearán toda la vida relacional posterior.

Entre los dieciocho esquemas identificados por Young, algunos parecen particularmente representados en los profesionales del sector social y sociosanitario. El esquema de abnegación lleva a la persona a centrarse en las necesidades de los demás en detrimento de las propias. El esquema de exigencias

elevadas impulsa a mantener estándares muy altos de rendimiento y comportamiento. El esquema de búsqueda de aprobación orienta hacia la búsqueda permanente de reconocimiento y validación por parte de los demás.

Estos esquemas no son patologías. Son organizaciones adaptativas construidas en respuesta a un entorno particular. Y precisamente esto los hace tan valiosos en los oficios del acompañamiento: el profesional que porta un esquema de abnegación será naturalmente atento a las necesidades del otro; quien porta exigencias elevadas garantizará una calidad de trabajo irreprochable; quien busca la aprobación desarrollará una sensibilidad fina a las expectativas de su entorno.

En este sentido, los esquemas son recursos. Son lo que permite el compromiso auténtico en la relación de ayuda. Son los instrumentos que hacen posible el encuentro con el sufrimiento del otro.

Pero estos mismos esquemas pueden convertirse en vulnerabilidades cuando el entorno ya no permite contenerlos. El profesional portador de un esquema de abnegación, en un contexto de sobrecarga y falta de reconocimiento, no sabrá poner límites y se agotará. Quien porta exigencias elevadas, confrontado con lo imposible de la misión, desarrollará una culpabilidad crónica. Quien busca la aprobación, en una institución que ya no reconoce el trabajo realizado, perderá sus referencias identitarias.

La pregunta no es, por tanto, si los profesionales tienen esquemas (todos los tenemos), sino comprender en qué condiciones estos esquemas dejan de ser recursos para convertirse en trampas.

Tomemos el ejemplo de Sofía, educadora especializada desde hace quince años en un hogar para adolescentes. Su esquema de abnegación, construido en una infancia en la que debía cuidar de su madre depresiva, la ha convertido en una profesional excepcionalmente atenta a las necesidades de los jóvenes que acompaña. Anticipa, adivina, responde antes de que la demanda esté formulada. Pero desde la reestructuración del servicio, con efectivos reducidos y cargas administrativas aumentadas, Sofía ya no duerme. Se lleva trabajo a casa, rechaza sus vacaciones, se culpabiliza por no hacer suficiente. Su esquema, que era su fortaleza, se ha convertido en lo que la destruye.

O consideremos a Marcos, jefe de servicio en un centro para personas en situación de discapacidad. Sus exigencias elevadas, fruto de una educación en la que solo se reconocía la excelencia, lo han llevado a desarrollar proyectos innovadores, a formar a sus equipos con rigor, a mantener un alto nivel de calidad. Pero desde que se redujeron los recursos y la institución exige resultados imposibles de alcanzar, Marcos está desbordado por la culpa. Cada compromiso le resulta insostenible. Se vuelve cortante con sus equipos, exigiendo lo imposible a quienes, como él, ya no pueden dar más.

De lo individual a lo grupal: el envoltorio psíquico del equipo

Para comprender este basculamiento, debemos pasar del nivel individual al nivel grupal. Pues el profesional nunca ejerce solo: siempre está inscrito en un equipo, un colectivo, un grupo de trabajo.

Didier Anzieu (1995) desarrolló el concepto de Yo-piel (Moi-peau) para describir cómo el sujeto se construye un envoltorio psíquico a partir de su experiencia corporal temprana. Este envoltorio cumple varias funciones esenciales: una función de mantenimiento que sostiene el psiquismo en estado de funcionamiento (análoga al holding de Winnicott); una función de contención que permite transformar las percepciones y los afectos para hacerlos pensables (análoga al handling); una función de para-excitación que protege de las solicitudes excesivas del exterior.

Lo que nos dice Anzieu, y este es el punto crucial, es que estas funciones solo pueden desarrollarse en presencia de un otro. El holding necesita que alguien nos sostenga. La contención supone un continente que nos precede. El para-excitación se construye en la relación con un entorno suficientemente bueno.

René Kaës (1999, 2000) ha extendido esta reflexión al nivel del grupo. Muestra que el grupo constituye también un aparato psíquico, con sus propias formaciones inconscientes, sus alianzas, sus pactos denegativos. El envoltente psíquico grupal es esa interfaz entre el aparato psíquico individual y el aparato psíquico grupal. Permite la elaboración psíquica entre el adentro y el afuera, entre las percepciones individuales y la grupalidad compartida.

En el marco de nuestra tesis doctoral (Brandibas, 2002), mostramos cómo este envoltente psíquico grupal podía funcionar de manera adaptada o disfuncional. Cuando funciona adecuadamente, permite la elaboración de los conflictos, la transformación de los afectos brutos en pensamientos compartibles, el desplazamiento de las investiduras de las figuras de apego hacia los pares. Cuando disfunciona, se rigidifica por razones defensivas, cumpliendo la función de contención hasta el extremo, al punto de impedir toda elaboración.

Apliquemos esto al equipo de profesionales. El grupo de trabajo constituye un envoltente psíquico para cada uno de sus miembros. Cuando este envoltente funciona, permite metabolizar los afectos suscitados por el acompañamiento de las personas vulnerables. Ofrece un espacio donde las resonancias entre los pucheros de unos y otros pueden ser escuchadas, acogidas, transformadas. Autoriza la expresión de dudas, dificultades, impotencias, sin que esto amenace la identidad profesional de cada uno.

Cuando este envoltente falla, los esquemas individuales ya no están contenidos. Desbordan. El profesional portador de un esquema de abnegación, sin ya un espacio colectivo para pensar los límites, se derrumba en el agotamiento. Quien porta exigencias elevadas, sin ya un grupo para relativizar lo imposible, se hunde en la culpabilidad. Los pucheros ya no hacen música: hacen estrépito.

La rigidificación del envoltente grupal es un mecanismo defensivo particularmente frecuente en los equipos en sufrimiento. Ante la angustia generada por situaciones ingestionables, el grupo se cierra, establece reglas rígidas, rechaza toda puesta en cuestión. «Siempre se ha hecho así», «Es el protocolo», se convierten en los mantras de un equipo que ya no puede pensar. Esta rigidificación protege momentáneamente de la angustia, pero al precio de la imposibilidad de elaborar los conflictos y adaptarse a las situaciones singulares.

Por el contrario, algunos equipos desarrollan una porosidad excesiva de su envoltente grupal. Las fronteras entre el adentro y el afuera se difuminan, los roles se confunden, cada uno porta los afectos de los demás sin posibilidad de diferenciación. El equipo se convierte en una suerte de magma emocional donde nadie sabe ya quién siente qué, donde las resonancias entre los pucheros de unos y otros crean un ruido permanente.

Cuando la institución ahoga la clínica

Pero el grupo no flota en el vacío. Está inscrito en una institución que le da su marco, sus medios, su legitimidad. Y es aquí donde se juega el tercer nivel de nuestro análisis.

La institución puede sostener la clínica o ahogarla. Puede ofrecer las condiciones que permiten funcionar al envoltente grupal o, por el contrario, hacerlo fracasar.

Cuando la institución sostiene la clínica, garantiza espacios de palabra regulares y protegidos. Reconoce la legitimidad de cada profesional en su rol. Ofrece un tercero simbolizante (el marco, la dirección, el supervisor) que permite salir de los cara a cara mortíferos. Acepta que la incertidumbre y el cuestionamiento formen parte del trabajo. Sostiene sin fragilizar.

Cuando la institución ahoga la clínica, multiplica los procedimientos en detrimento del sentido. Impone una economía del pensamiento que reduce la complejidad de las situaciones a casillas que

marcar. Exige resultados medibles donde el trabajo es por esencia incierto. Fragiliza las legitimidades cambiando constantemente los marcos de referencia. Sustituye el control por la confianza.

En estas condiciones, el envoltorio psíquico grupal ya no puede sostenerse. El grupo, privado del apoyo institucional, se repliega sobre sí mismo. Las alianzas inconscientes se transforman en pactos degenerativos. La ilusión grupal, que permitía soportar juntos las dificultades de la misión, se resquebraja. Y cuando el grupo ya no contiene, son los esquemas individuales los que toman el relevo, con sus estrategias de supervivencia inadaptadas al contexto.

Observamos entonces fenómenos bien conocidos de los clínicos institucionales: la designación de un chivo expiatorio (a menudo el más frágil o el más comprometido), la división en clanes rivales, el repliegue sobre las tareas prescritas en detrimento de la relación, la huida en el absentismo o la rotación, la somatización colectiva. No son fallos individuales: son los síntomas de una institución que ha dejado de asegurar sus funciones.

La economía del pensamiento merece que nos detengamos en ella. Esta tendencia, que designamos con esta expresión, retoma la crítica formulada por Frances (2013), y consiste en reducir la complejidad de las situaciones a categorías simplistas y procedimientos estandarizados que no evocan el menor proceso en juego. En nuestro campo, la economía del pensamiento se manifiesta por la multiplicación de las guías de evaluación, los protocolos de intervención, los cuadros de mando supuestamente capaces de dar cuenta del trabajo realizado.

Por supuesto, cierta formalización es necesaria. Pero cuando se convierte en lo esencial, cuando el tiempo dedicado a rellenar documentos supera el tiempo dedicado a las personas acompañadas, cuando la evaluación cuantitativa reemplaza el análisis clínico, entonces la institución ha basculado hacia la economía del pensamiento. Y esta economía tiene un coste exorbitante para quienes deben aplicarla cotidianamente.

Pues el acompañamiento de las personas vulnerables no puede reducirse a procedimientos. Implica un encuentro singular, con lo que comporta de incertidumbre, de ajuste permanente, de creatividad. Requiere un pensamiento vivo, que acepte dejarse sorprender, cuestionar, transformar por lo que acontece. Imponer una economía del pensamiento a profesionales cuyo oficio es precisamente pensar, es ponerlos en una situación de disonancia cognitiva permanente, generadora de agotamiento y pérdida de sentido.

La necesidad del análisis clínico

Frente a esta situación, ¿qué hacer? La respuesta no puede ser únicamente individual. Proponer formaciones en gestión del estrés o en resiliencia equivale a devolver a cada profesional su responsabilidad personal de «gestionar mejor» sus emociones. Es ignorar que estas emociones son producidas por un sistema que disfunciona.

La respuesta tampoco puede ser únicamente institucional. Cambiar el organigrama, multiplicar las reuniones, revisar el proyecto de servicio, todo ello puede ser necesario, pero no suficiente si no se acompaña de un trabajo sobre lo que se juega a nivel grupal e individual.

Lo que los profesionales necesitan son espacios de análisis clínico. No para ser tratados (no están enfermos), sino para restaurar las condiciones del pensamiento. La supervisión, el grupo de análisis de la práctica, la intervención entre pares, son dispositivos que permiten reintroducir al tercero allí donde el cara a cara con las situaciones difíciles ha saturado el espacio psíquico.

Lo que estos dispositivos permiten es devolver a los esquemas su justa posición. No eliminarlos (sería imposible y no deseable), sino reconocerlos como recursos a utilizar con discernimiento antes que como automatismos que nos actúan sin saberlo. El profesional que comprende que su agotamiento está ligado a un esquema de abnegación puede empezar a poner límites sin culpabilidad. Quien identifica sus exigencias elevadas puede aceptar la imperfección inherente al trabajo con el ser humano.

Lo que estos dispositivos permiten también es restaurar el envoltorio grupal. Al ofrecer un espacio donde los afectos pueden ser hablados, donde las resonancias pueden ser exploradas, donde las alianzas pueden ser repensadas, la supervisión recrea las condiciones de una contención colectiva. El grupo vuelve a ser un lugar de apoyo más que de desconfianza.

Para ello, estos dispositivos deben implementarse en condiciones adecuadas. Una supervisión impuesta por la dirección sin adhesión de los equipos, un grupo de análisis de la práctica cuyos intercambios son comunicados a la jerarquía, una intervención reducida a una hora al mes en un horario saturado: todo ello es más coartado que cuidado. Para ser eficaces, estos dispositivos deben estar protegidos por un marco claro que garantice la confidencialidad, sostenidos por intervinientes externos a la institución, e inscritos en la duración.

Conviene también diferenciar los distintos tipos de análisis clínico. La supervisión individual permite un trabajo en profundidad sobre las resonancias personales, sobre los esquemas que se reactivan en ciertas situaciones. El grupo de análisis de la práctica permite trabajar el envoltorio grupal, las alianzas y los conflictos dentro del equipo. La regulación institucional permite abordar lo que pertenece al marco, la organización, los disfuncionamientos sistémicos. Cada nivel tiene su pertinencia, e idealmente estos diferentes dispositivos deberían poder coexistir.

Deci y Ryan (2000), en su teoría de la autodeterminación, mostraron que tres necesidades fundamentales deben satisfacerse para que el individuo pueda comprometerse de manera motivada y satisfactoria: la necesidad de autonomía (sentirse en el origen de sus acciones, disponer de una latitud decisional suficiente para ello), la necesidad de competencia (sentirse eficaz en lo que uno hace), y la necesidad de pertenencia (sentirse vinculado a los demás).

Estas tres necesidades resuenan con lo que hemos desarrollado. La necesidad de autonomía queda menoscabada por la economía del pensamiento que reduce los márgenes de maniobra de los profesionales. La necesidad de competencia se ve afectada cuando las condiciones de trabajo hacen imposible alcanzar los objetivos. La necesidad de pertenencia vacila cuando el envoltorio grupal no se sostiene y el colectivo se deshace.

El análisis clínico, al restaurar las condiciones del pensamiento y del vínculo, permite responder a estas tres necesidades. Devuelve a los profesionales el dominio de su práctica (autonomía), el sentimiento de comprender lo que hacen (competencia), y la pertenencia a un colectivo solidario (pertenencia). Por ello constituye un dispositivo insustituible, no para «tratar» a los profesionales, sino para permitirles ejercer su oficio en condiciones que respeten su humanidad.

Las tres funciones de la institución

Nos queda por precisar qué esperamos de la institución para que pueda jugar su papel de marco contenedor. Retomando y adaptando las propuestas de Kaës (1996), podemos distinguir tres funciones esenciales.

La función fórica es la función de sustentación. La institución sostiene a los profesionales como la madre sostiene al niño. Asegura el holding institucional: los medios materiales, la seguridad en el empleo, la protección jurídica, pero también y sobre todo el reconocimiento de la carga emocional

inherente al trabajo de acompañamiento. Una institución que asegura su función fórica reconoce que los profesionales necesitan ser apoyados, y pone en marcha los dispositivos necesarios para ello. Concretamente, esto significa efectivos suficientes, tiempos de transmisión y reflexión protegidos, un encuadramiento disponible y atento, una valorización del trabajo realizado.

La función metafórica es la función de transformación. La institución da sentido a lo que se vive en su seno. Transforma las experiencias brutas en significaciones compartibles. Inscribe el trabajo cotidiano en una misión más amplia, un proyecto, unos valores. Permite pensar lo que se hace, nombrar lo que se vive, simbolizar lo que amenaza con permanecer en lo impensado. Una institución que asegura su función metafórica ofrece espacios de palabra y reflexión, y reconoce la legitimidad del cuestionamiento clínico. Acepta que la incertidumbre forme parte del trabajo, que los profesionales no sepan siempre qué hacer, y les ofrece los medios de elaborar juntos las situaciones complejas.

La función semafórica es la función de señalización. La institución indica la dirección, establece las referencias, baliza el camino. Dice lo que se espera, lo que es posible, lo que está prohibido. Diferencia los lugares y los roles. Establece las reglas del convivir. Una institución que asegura su función semafórica ofrece un marco claro sin ser rígido, referencias compartidas sin ser impuestas, una dirección sin autoritarismo. Da referencias que permiten a los profesionales saber dónde están, qué se espera de ellos, y los límites de su misión.

Estas tres funciones son interdependientes (Brandibas, 2020, 2023). Sin función fórica, los profesionales no se sienten sostenidos y no pueden comprometerse en un trabajo de pensamiento. Sin función metafórica, el trabajo pierde su sentido y se reduce a tareas mecánicas. Sin función semafórica, faltan las referencias y la angustia invade el espacio de trabajo.

Cuando estas tres funciones están aseguradas, los esquemas singulares de los profesionales pueden ser instrumentos de comprensión empática de las personas acompañadas. Los pucheros de unos resuenan con los de los otros en una sinfonía de curación. El trabajo, pese a su dificultad, mantiene un sentido y procura satisfacción.

Cuando estas tres funciones se derrumban, los esquemas se convierten en vulnerabilidades, los pucheros hacen estrépito, y el sufrimiento invade el espacio profesional.

La cuestión de las responsabilidades merece plantearse. ¿Quién es responsable cuando las funciones institucionales se derrumban? Ciertamente no los profesionales de base, que sufren estos fallos más de lo que los crean. Pero tampoco únicamente las direcciones locales, ellas mismas a menudo atrapadas en instrucciones contradictorias venidas de más arriba. La responsabilidad es sistémica: compromete las políticas públicas que reducen los medios mientras aumentan las exigencias, las tutelas que imponen controles sin proponer apoyo, los gestores que privilegian la rentabilidad en detrimento de la calidad clínica, argumentando a menudo una conformidad disfrazada de calidad.

Reconocer esta dimensión sistémica no es una manera de diluir las responsabilidades, sino de situarlas en el nivel adecuado. Si el sufrimiento de los profesionales es producido por un sistema, es el sistema el que hay que modificar. Las formaciones en gestión del estrés, por útiles que sean, no resolverán el problema si no se modifican las condiciones estructurales de trabajo.

Conclusión

No nos volvamos normópatas, concluíamos en un artículo anterior. No nos convirtamos en esos robots pegados al modelo absurdo de una normalidad mortífera. Esta advertencia sigue vigente, y cobra una resonancia particular en el contexto actual.

El término normópata, acuñado por Joyce McDougall (1978), designa a aquellas personas que se conforman de manera excesiva a las normas sociales, hasta el punto de perder todo contacto con su vida emocional. En el contexto profesional que nos ocupa, la normopía sería esa tendencia a aplicar mecánicamente procedimientos sin plantearse ya la cuestión de su pertinencia, a rellenar guías de evaluación sin ver ya a las personas detrás de las casillas que marcar, a responder a las instrucciones institucionales sin cuestionar ya su sentido.

Los esquemas tempranos que nos han conducido hacia estos oficios son también lo que nos permite ejercerlos con autenticidad y compromiso. Querer eliminarlos en nombre de una pretendida salud mental sería un error clínico y ético. De lo que se trata es de crear las condiciones para que estos esquemas sigan siendo recursos antes que convertirse en trampas.

Estas condiciones no dependen de la sola responsabilidad individual. Comprometen el nivel grupal (la calidad del envolvente psíquico del equipo) y el nivel institucional (las funciones fórica, metafórica y semafórica). Cuidar a quienes cuidan es, ante todo, reconocer que el cuidado solo puede desplegarse en un entorno él mismo cuidador.

La supervisión clínica, los grupos de análisis de la práctica, los espacios de palabra y reflexión no son lujos ni complementos del alma. Son necesidades para que el trabajo de acompañamiento pueda realizarse sin destruir a quienes lo ejercen. Financiarlos, organizarlos, protegerlos es la responsabilidad primera de las instituciones que pretenden acompañar a los más vulnerables.

Pero estos dispositivos no serán suficientes si no se reúnen las condiciones estructurales. Equipos crónicamente con personal insuficiente, salarios que no permiten vivir dignamente, instrucciones contradictorias que colocan a los profesionales en situaciones imposibles: todo ello no se resolverá con la supervisión. Es el sistema entero el que debe repensarse, con un verdadero reconocimiento de lo que cuesta –humana y económicamente– el trabajo de acompañamiento de las personas vulnerables.

Finalmente, sin puchero no hay cocina, sin cocina no hay institución que garantice sus condiciones. Y sin institución digna de ese nombre, no hay sociedad que reconozca el valor de quienes cuidan a los más frágiles.

Contacto

Gilles Brandibas • gillesbrandibas@hotmail.fr

Referencias bibliográficas

Anzieu, D. (1995). *Le Moi-peau* (2ª ed.). Dunod.

Anzieu, D. (1999). *Le groupe et l'inconscient: l'imaginaire groupal* (3ª ed.). Dunod.

Brandibas, G. (2002). *Le refus de l'école: approche clinique et psychodynamique des liens à l'adolescence* [Tesis doctoral, Université Toulouse Le Mirail].

Brandibas, G. (2020). Faire équipe à l'heure de la nouvelle offre de service: entre le diable de la division et le symbole du retour au sens partagé. *Les Cahiers de l'Actif*, 528-529, 78-92.

Brandibas, G. (2023). La transformation de l'offre: y a-t-il encore une place pour l'institution? *Les Cahiers de l'Actif*, 562-563, 39-48.

Brandibas, G. (2024). Pas de cuisine sans casserole: quand la résonance crée les sonorités d'une symphonie de guérison. *Le Sociographe*, 87, 75-81.

Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The «what» and «why» of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11(4), 227-268.

Frances, A. (2013). ¿Somos todos enfermos mentales? Lo normal y lo patológico. Ariel. [Original: Sommes-nous tous des malades mentaux? Odile Jacob, 2013]

Kaës, R. (1996). Souffrance et psychopathologie des liens institués. En R. Kaës et al., Souffrance et psychopathologie des liens institutionnels (pp. 1-47). Dunod.

Kaës, R. (1999). Les théories psychanalytiques du groupe (2^a ed.). Presses Universitaires de France.

Kaës, R. (2000). L'appareil psychique groupal: constructions du groupe (3^a ed.). Dunod.

McDougall, J. (1978). Plaidoyer pour une certaine anormalité. Gallimard.

Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). Schema therapy: A practitioner's guide. Guilford Press.

• Recibido: 27/05/2026.

• Aceptado: 01/07/2026.

El síndrome de Cassandra: clínica del saber desautorizado en el vínculo familiar.

The Cassandra Syndrome: The Experience of Unacknowledged Knowledge in Family Relationships.

Rafael Michel Molina Rojas.

Psicólogo clínico y máster en psicoterapia. Práctica privada en psicología clínica.

ORCID iD: (0009- 0005- 6957- 5720)

Nadie es profeta en su tierra.

Resumen: Este trabajo propone una conceptualización clínica del denominado “síndrome de Cassandra”, entendido como una experiencia subjetiva en la que el saber lúcido -especialmente en profesionales de la salud mental y personas emocionalmente perceptivas- es sistemáticamente desautorizado en vínculos significativos, particularmente en contextos familiares. A partir del mito griego de Cassandra y su relectura simbólica, se articula una comprensión psicodinámica, fenomenológica y relacional del fenómeno, en diálogo con las nociones de reconocimiento ético (Ricoeur, 1990), presencia ontológica (Marcel, 1951), sentido existencial del sufrimiento (Frankl, 1946), falso self (Winnicott, 1965) y trauma vincular (Ferenczi, 1999). Se plantea que este síndrome no constituye una patología individual, sino un emergente estructural de contextos en los que la verdad emocional resulta afectivamente intolerable. Finalmente, se ofrecen orientaciones clínicas que privilegian la validación del saber silenciado, su simbolización narrativa y la restitución del deseo subjetivo más allá del reconocimiento externo.

Palabras clave: Síndrome de Cassandra, vínculo familiar, reconocimiento ético, falso self, trauma relacional, clínica del saber silenciado, validación emocional, simbolización narrativa, presencia ontológica, identidad narrativa.

Abstract: This paper proposes a clinical conceptualization of the so-called “Cassandra syndrome,” understood as a subjective experience in which lucid knowledge -especially among mental health professionals and emotionally perceptive individuals- is systematically disauthorized within significant relationships, particularly in family contexts. Drawing on the Greek myth of Cassandra and its symbolic reinterpretation, the phenomenon is articulated through a psychodynamic, phenomenological, and relational lens, in dialogue with the notions of ethical recognition (Ricoeur, 1990), ontological presence (Marcel, 1951), existential meaning of suffering (Frankl, 1946), false self (Winnicott, 1965), and relational trauma (Ferenczi, 1999). It is argued that this syndrome does not constitute an individual pathology but rather a structural emergent of contexts in which emotional truth becomes affectively intolerable. Finally, clinical guidelines are offered that emphasize the validation of silenced knowledge, its narrative symbolization, and the restoration of subjective desire beyond external recognition.

Key words: Cassandra syndrome, family bond, ethical recognition, false self, relational trauma, silenced knowledge, emotional validation, narrative symbolization, ontological presence, narrative identity.

I. Introducción

En ocasiones, el mayor dolor de un sujeto no proviene de lo que ha vivido, sino de que nadie reconozca lo que ve, lo que sabe o lo que advierte. Esta forma de sufrimiento no se manifiesta necesariamente en síntomas psicopatológicos evidentes, sino en un sentimiento de aislamiento ontológico, de exilio emocional dentro de los vínculos que deberían ofrecer escucha, validación y resonancia.

Inspirado en la figura mítica de Cassandra –la sacerdotisa troyana dotada del don de la profecía, pero condenada a no ser creída–, este trabajo propone una conceptualización clínica de lo que denominamos síndrome de Cassandra. Un patrón emocional y relacional que afecta especialmente a personas con formación, sensibilidad o intuición aguda –entre ellas psicólogos, terapeutas, médicos, educadores y otros sujetos que, por historia personal o formación, desarrollan una capacidad aguda para captar las dinámicas subterráneas de sus relaciones– y observan que sus advertencias o percepciones son negadas o trivializadas, sobre todo por quienes los conocen íntimamente.

A menudo, estas personas se encuentran atrapadas en un doble vínculo: por un lado, perciben con claridad aspectos disfuncionales o negados en sus entornos; por otro, reciben como respuesta el descrédito, la ironía o la patologización de su palabra (Ricoeur, 1990; Winnicott, 1965b). La práctica clínica contemporánea se encuentra cada vez más con este fenómeno sutil pero profundamente perturbador, que no constituye una patología ni un diagnóstico formal, sino una forma estructural de sufrimiento vincular: el dolor que emerge cuando el saber subjetivo –en especial la lucidez emocional– es sistemáticamente desautorizado por el entorno afectivo. Es una estructura de experiencia compartida, dolorosa y repetida, que pone en tensión la relación entre saber y vínculo, entre verdad y afecto, entre lucidez y soledad.

A partir de la presentación de un caso representativo, se abordarán los mecanismos vinculares que sustentan este silenciamiento, sus efectos subjetivos –que pueden incluir ansiedad, retraimiento, disociación o sentimiento de extrañeza frente a uno mismo– y las posibilidades terapéuticas que permiten restituir la legitimidad del saber propio.

Partiremos del mito como organizador narrativo y arquetípico de esta experiencia clínica, para luego desarrollar sus correlatos psicodinámicos, epistémicos y vinculares. Lejos de reducirlo a una categoría diagnóstica, se plantea que este síndrome constituye una forma de trauma relacional persistente, y que su abordaje terapéutico requiere una ética centrada en la validación subjetiva y la dignidad del saber no autorizado.

II. El mito como símbolo clínico: verdad, silencio y tragedia. El mito de Cassandra.

La figura de Cassandra, hija de Príamo y Hécuba, reposa en el corazón mismo de la tragedia griega. Favorecida por Apolo con el don de la profecía y luego castigada por rechazar su amor, fue condenada a decir siempre la verdad sin que nadie le creyera jamás. Así, Cassandra fue condenada a prever las desgracias –incluida la caída de Troya– sin poder impedir las, siendo tildada de loca, exagerada o desquiciada por quienes la rodeaban.

Deviene símbolo de todas aquellas personas cuya percepción resulta intolerable para los otros, no porque sea errónea, sino porque incomoda, desestabiliza, anticipa la catástrofe o pone en evidencia lo reprimido.

En ella se encarna una paradoja existencial: la imposibilidad de comunicar lo verdadero, aun cuando esa verdad esté clara, fundamentada y sea ofrecida desde la más radical honestidad.

No es el delirio lo que define a Cassandra, sino el descrédito; no es la mentira lo que la margina, sino la lucidez estéril. Su condena no es la ignorancia, sino una forma de aislamiento epistémico, donde el entorno niega sistemáticamente el valor de su palabra (Ricoeur, 1990).

En términos psíquicos, el mito expresa una experiencia que no es puramente femenina ni mitológica: muchos profesionales de la salud mental, del pensamiento crítico o incluso personas comunes, viven hoy como Cassandra encarnadas, atrapadas entre la claridad de lo que perciben y la impotencia de no poder hacerlo oír. Su saber, por ser disruptivo o no poder acoplarse con las narrativas dominantes del grupo, es expulsado del campo del sentido.

Más allá del ámbito clínico, el mito nos interpela en un plano más profundo: ¿qué ocurre con la verdad cuando no encuentra un oyente?, ¿qué sucede con el saber cuándo el otro lo invalida no por sus argumentos, sino por la necesidad de no escucharlo?

En este sentido, Cassandra no es una víctima de la locura, sino del vínculo. Su tragedia no es la falsedad de su visión, sino la incapacidad afectiva de los otros para acogerla. Su maldición revela el núcleo doloroso del síndrome que aquí proponemos: el del sujeto que ve, que sabe, que habla... y es silenciado por mecanismos afectivos, defensivos o culturales que no toleran la verdad.

Cassandra no es solo una figura trágica, sino una metáfora del sujeto lúcido marginado por su propia verdad. En términos clínicos, se trata de una experiencia relacional en la que el saber subjetivo no encuentra eco ni inscripción en el otro, generando procesos de retraimiento, tristeza, impotencia o desconexión emocional.

III. Descripción clínica del síndrome: cuando el saber no tiene lugar

El "síndrome de Cassandra" no se manifiesta como una entidad psicopatológica reconocible en los manuales diagnósticos. Su estructura es más bien fenomenológica, vinculada a la vivencia sostenida de ser desautorizado en los vínculos que debieran otorgar escucha y validación. Esta experiencia se caracteriza por una serie de elementos clínicamente observables que, en su conjunto, configuran una forma específica de sufrimiento subjetivo:

1. Lucidez no autorizada

El rasgo central del síndrome es la percepción lúcida de una verdad relacional que el entorno niega o reprime: dinámicas familiares destructivas, síntomas infantiles encubiertos, mecanismos de negación, o incluso historias de abuso no narradas. El sujeto "ve" lo que los otros no quieren ver, y esa capacidad se vuelve una fuente de sufrimiento y en la práctica se experimenta una y otra vez, dando la sensación de transitar por un ciclo infinito de eventos repetitivos profundamente dolorosos (Winnicott, 1965b).

No se trata de una certeza onnipotente, sino de una sensibilidad emocional fina que permite detectar incoherencias, negaciones o repeticiones patológicas. Este saber, cuando es expresado es inmediatamente desestimado. Perciben contradicciones, dinámicas disfuncionales, sufrimientos encubiertos o riesgos inminentes, y sienten una urgencia ética o afectiva de advertir al otro.

2. Desautorización y violencia simbólica

El entorno, en lugar de acoger esa lucidez, suele responder con formas sutiles de violencia simbólica: silencios, ironías, acusaciones de exageración, medicalización del malestar, apelaciones a la unidad familiar o acusaciones de deslealtad. Estas respuestas no solo desestiman el contenido del mensaje,

sino que erosionan el lugar epistémico del sujeto, debilitando su confianza en la propia percepción. La palabra, al no ser acogida, pierde su capacidad de fundar realidad, y el sujeto comienza a experimentar una forma de exilio afectivo dentro del vínculo. Esta desautorización sistemática produce una erosión del self auténtico (Winnicott, 1965b), que lleva al sujeto a replegarse o a dudar de su propio juicio. Lo que comienza como un saber relacional se vuelve sospecha sobre uno mismo: ¿seré yo el que está mal? ¿Estoy viendo de más? ¿Tendré un problema con la realidad?

En este punto, el saber deja de ser una brújula y se convierte en carga: una lucidez que, al no encontrar validación, se vuelve contra el propio sujeto, generando una forma de auto-desconfianza que debilita su capacidad de sostenerse en su verdad.

3. Aislamiento afectivo y retraimiento

Con el tiempo, la persistencia del rechazo genera un proceso de retraimiento emocional: el sujeto comienza a hablar menos, a expresar menos, a evitar el conflicto, no por falta de convicción, sino por fatiga psíquica (Ferenczi, 1999a). La palabra no dicha empieza a alojarse en el cuerpo (síntomas somáticos), en los sueños (contenido onírico disruptivo) o en la transferencia terapéutica (experiencias de no ser comprendido).

Muchos sujetos con síndrome de Cassandra consultan por depresión, disforia, burnout o síntomas ansiosos, pero bajo esos nombres clínicos hay una vivencia más profunda: “yo sé algo que no puedo decir en ninguna parte”. Esta frase, que condensa el núcleo del sufrimiento, revela una escisión entre percepción y posibilidad de expresión. El saber emocional, al no encontrar eco, se convierte en carga silenciosa, generando un circuito de inhibición afectiva que erosiona la espontaneidad, la confianza y el deseo de vincularse. El retraimiento no es solo una defensa: es una forma de duelo por la palabra no escuchada.

4. Impotencia comunicativa y frustración reiterada

El sujeto intenta comunicar lo que percibe, pero encuentra respuestas evasivas, burlonas o descalificadoras. Esta experiencia repetida genera una sensación creciente de impotencia comunicativa, acompañada de angustia, rabia, o incluso dudas sobre la propia percepción. La frustración no es puntual, sino reiterativa, generando un circuito de aislamiento emocional y progresiva inhibición de la palabra, en una dinámica que recuerda los efectos del trauma relacional descrito por Ferenczi (1999a) y la erosión del self auténtico planteada por Winnicott (1965b).

Con el tiempo, esta impotencia se convierte en resignación: el sujeto deja de intentar ser escuchado, no por falta de claridad, sino por el agotamiento que produce hablar en un entorno que sistemáticamente desoye. La palabra se retira, no porque haya dejado de existir, sino porque ha aprendido que no tiene lugar.

5. Manifestaciones emocionales y relacionales

El ser humano se constituye desde y en el lazo. Las palabras que nos nombran, las miradas que nos reflejan, los gestos que nos sostienen conforman el núcleo originario desde el cual se estructura nuestra subjetividad. En este contexto, el saber emocional no es un conocimiento racional o técnico, sino una forma de resonancia profunda con los vínculos, una percepción intuitiva pero precisa de lo que acontece en el terreno afectivo. Este saber, si bien no siempre puede argumentarse con pruebas objetivas, es radicalmente verdadero para quien lo experimenta.

Sin embargo, en muchas estructuras vinculares –particularmente en sistemas familiares defensivos, rígidos o narcisistas– este tipo de saber puede ser vivido como amenazante. Su aparición suele cuestionar las narrativas oficiales del grupo, poner en evidencia lo negado o lo reprimido, o confrontar mandatos silenciosos que sostienen la cohesión aparente del entorno. En estos casos, el grupo reacciona no con apertura, sino con defensa: se niega lo que se dice, se ridiculiza a quien lo dice o se le acusa de ser “demasiado sensible”, “conflictivo” o incluso “enfermo”.

Este mecanismo de desmentida vincular ha sido explorado por diversos autores desde distintos enfoques. Donald Winnicott (1965a) abordó la función del holding emocional como condición para el desarrollo de una experiencia subjetiva válida. Ferenczi (1999b), en sus trabajos sobre el trauma y la credulidad infantil, mostró cómo el rechazo del relato emocional del niño puede generar un quiebre en su confianza epistémica. Desde una perspectiva clínica contemporánea, se ha enfatizado que el desarrollo del self requiere de un entorno que valide emocionalmente la experiencia del sujeto, permitiéndole simbolizar su vivencia y sostener su palabra. En todos estos enfoques, el núcleo compartido es claro: sin un otro que valide, el saber emocional se desvanece o se convierte en fuente de angustia.

El síndrome de Cassandra, tal como aquí se plantea, puede entenderse como una forma específica de esta ruptura: una experiencia en la que el sujeto capta y enuncia algo verdadero –relacional, emocional, ético– y es castigado por ello con el silencio o la deslegitimación. No se trata de una alucinación ni de una hipersensibilidad, sino de una percepción lúcida que, al no encontrar eco, se convierte en sufrimiento psíquico.

Como tal, el síndrome de Cassandra es también una herida en el tejido de la confianza, en el lugar donde el conocimiento y el amor deberían encontrarse.

6. Aislamiento afectivo y desinversión vincular

Ante la persistente negación del otro, el sujeto tiende a replegarse emocionalmente, retirando su inversión libidinal del vínculo. Aparecen fenómenos como el silencio resignado, el retraimiento afectivo, o la sobreadaptación. Algunos sujetos desarrollan un falso self vincular: una versión de sí mismos que se limita a interactuar sin cuestionar, sin señalar, sin intervenir, para no ser nuevamente rechazados (Winnicott, 1965b).

Este proceso no solo empobrece el vínculo, sino que instala una forma de existencia desvitalizada, en la que el sujeto se relaciona desde la cautela y no desde el deseo. La autenticidad queda suspendida, y el lazo afectivo se convierte en escenario de supervivencia emocional más que de encuentro genuino. En este punto, el silencio no es solo estrategia: es síntoma de una subjetividad que ha aprendido que su verdad no tiene lugar.

IV. Descripción clínica del síndrome de Cassandra

Desde el punto de vista clínico, el síndrome de Cassandra se manifiesta como una constelación de vivencias subjetivas recurrentes: sensación de invisibilidad emocional, angustia frente al silencio del entorno, duda epistémica sobre la propia percepción, e incluso síntomas de despersonalización o retraimiento vincular. No se trata de un cuadro psicopatológico en sí mismo, sino de una forma de sufrimiento estructurado en un contexto vincular que sistemáticamente niega la legitimidad del saber del sujeto.

La posición de quien padece este síndrome es la de un testigo lúcido en un entorno defensivo. A menudo ha desarrollado, por historia personal o por formación profesional, una capacidad significativa para percibir lo emocionalmente disfuncional o lo traumático no dicho. Pero esta lucidez es vivida

como exceso por los otros: en lugar de acoger la palabra que nombra lo doloroso, el entorno reacciona con negación o con contraataque. En muchos casos, la desautorización no es directa ni explícita, sino que adopta formas sutiles: evasivas, sarcasmos, actitudes de “saber más” o interpretaciones descalificadoras que enmascaran un rechazo a escuchar.

En consulta, estos pacientes llegan frecuentemente con sentimientos de culpa, dudas sobre su propia sensatez, una necesidad intensa de validación y una profunda fatiga emocional. Es común que se pregunten si son “demasiado sensibles” o si están “haciendo un drama” de algo que nadie más parece registrar. La alienación epistémica se convierte en angustia existencial: no se trata sólo de no ser creído, sino de empezar a no creerse a uno mismo.

Caso clínico: Carolina, 25 años

Nota: El caso ha sido adaptado para fines ilustrativos, preservando la confidencialidad clínica.

Carolina es una joven psicóloga recientemente graduada. Llega a consulta por un malestar difuso, que describe como una mezcla de tristeza, cansancio emocional y confusión sobre su lugar en el mundo. En las primeras sesiones relata que, desde hace varios años, siente que su familia no la escucha. “Es como si hablara en otro idioma”, dice. Cada vez que intenta abordar dinámicas disfuncionales en su hogar –la violencia verbal de su padre, la sumisión de su madre, el rol de su hermana como aliada ciega del discurso paterno– se encuentra con desautorizaciones sistemáticas. “No exageres”, “eso no es tan grave”, “siempre estás buscando problemas donde no los hay”. Estas frases son el pan cotidiano en su entorno. A medida que avanza el proceso terapéutico, Carolina puede poner en palabras un dolor más hondo: el de no haber sido nunca reconocida como alguien que tiene algo válido para decir. A pesar de su formación en psicología, su palabra es constantemente minimizada. Incluso su novio, cuando intenta compartir sus percepciones emocionales, le responde que “está viendo cosas que no existen”.

El efecto subjetivo de este silenciamiento es devastador. Carolina comienza a dudar de sí misma. Llega a preguntarse si su vocación tiene sentido, si su sensibilidad no es un defecto. Por momentos, en medio de episodios de ansiedad, se siente “fuera de lugar” o como “una impostora” en su propia vida. Su autoestima, antes sólida, comienza a erosionarse. Reconoce que en los últimos meses ha empezado a evitar hablar de lo que siente, incluso con personas cercanas, por miedo a ser invalidada o ridiculizada.

Durante el proceso terapéutico, se trabaja en primer lugar en restituir la confianza en su percepción. El terapeuta actúa como primer testigo válido de su saber emocional, como figura que acoge sin juicio su lucidez, ofreciendo un espacio de sostén afectivo que permite simbolizar lo vivido y recuperar la confianza epistémica (Ferenczi, 1999a).

Se introducen lecturas y referencias clínicas que le permiten resignificar su experiencia no como un síntoma de fragilidad, sino como una forma de resonancia emocional sofisticada. Este reconocimiento actúa como antídoto frente a la duda instalada.

Poco a poco, Carolina comienza a distinguir entre su sensibilidad y la reacción defensiva del entorno.

Comprende que lo que vivió no fue “exagerado”, sino silenciado. Comienza también a poner límites más claros en sus relaciones familiares, a elegir con mayor conciencia los espacios en los que desea hablar y a resignificar su vocación como un acto ético: el de sostener el derecho a nombrar lo que duele, aunque duela.

El caso de Carolina ilustra con claridad cómo el síndrome de Cassandra no es una patología individual, sino una expresión de sufrimiento relacional derivado del silenciamiento crónico de la subjetividad.

En contextos familiares o vinculares donde predomina una lógica de negación afectiva, el sujeto que nombra lo disfuncional es percibido como amenaza. Este mecanismo no sólo le impide ser escuchado: lo convierte en blanco de una desautorización activa. Se produce así una inversión perversa de la verdad: quien ve con lucidez lo que acontece es tratado como si estuviera “viendo de más”, cuando en realidad está viendo lo que otros no toleran ver.

Este fenómeno puede comprenderse como una falla estructural en el reconocimiento emocional: cuando el otro significativo no valida la experiencia subjetiva del individuo, no sólo se rompe el lazo afectivo, sino también la posibilidad misma de sentirse real. En ese vacío, el sujeto duda de su propia validez, se retrae, se adapta o se vuelve hipervigilante. El resultado puede ser una alienación emocional profunda, cercana a lo que Ferenczi (1999b) describía como la autotraición que sobreviene cuando el niño niega su propio saber para preservar el vínculo con el adulto.

Desde la psicoterapia, el trabajo con estos pacientes requiere una escucha particularmente sensible a las formas de invalidación que han sufrido. La función terapéutica no se limita a interpretar síntomas, sino a restaurar la confianza epistémica del sujeto en su percepción emocional. La validación no es aquí una mera técnica de acompañamiento, sino un acto ético que repara el daño del silenciamiento.

Asimismo, es importante reconocer que muchos de estos pacientes –como Carolina– no presentan un trastorno clínico clásico, sino un conflicto existencial agudo ante un entorno que niega su sensibilidad. La tarea clínica, entonces, implica acompañarlos a separar su identidad de los juicios de su entorno, a resignificar su lucidez como recurso y a construir nuevas relaciones donde su palabra pueda ser escuchada sin ser castigada.

La experiencia de ser desoído, sin embargo, deja huellas. El síndrome de Cassandra, como forma de herida vincular, no desaparece por completo, pero puede ser transformado: lo que fue aislamiento puede devenir conciencia crítica, lo que fue duda puede volverse brújula. En este sentido, la psicoterapia no sólo contiene, sino que restituye una forma de existencia auténtica.

V. Marco teórico y conceptual

El “síndrome de Cassandra” no solo es un fenómeno afectivo-relacional. También puede y debe pensarse como expresión de una estructura de injusticia epistémica, una forma de violencia simbólica y una configuración defensiva del self que se activa en contextos donde el saber lúcido es emocionalmente intolerable.

En esta sección, abordaremos cuatro fundamentos teóricos esenciales:

1. Reconocimiento ético y fractura narrativa (Paul Ricoeur)

El filósofo Paul Ricoeur (1990) plantea que la identidad del sujeto se construye en diálogo con los otros, a través de la narrativa y el reconocimiento. En el síndrome de Cassandra, esta dinámica se rompe: el sujeto enuncia una verdad emocional, pero no encuentra eco ni validación. Esta fractura narrativa genera una herida en la constitución del yo, que se traduce en retraimiento, duda y sufrimiento psíquico.

Esta desautorización no responde a la falsedad del contenido, sino al lugar que ocupa el sujeto en el entramado vincular. Se lo trata como demasiado emocional, demasiado joven, demasiado intenso, demasiado “profesional” para hablar desde lo afectivo. Así, la subjetividad es vaciada de autoridad, lo que genera una fractura ontológica entre saber y reconocimiento.

2. Reconocimiento ético y negación afectiva (Gabriel Marcel y Paul Ricoeur)

Gabriel Marcel (1951) sostiene que el reconocimiento no es solo un acto cognitivo, sino una forma de presencia ontológica: estar con el otro en su verdad. Cuando esta presencia falta, el sujeto experimenta una forma de desautorización silenciosa que erosiona su confianza emocional.

Paul Ricoeur (1990) complementa esta visión al señalar que la identidad narrativa del sujeto depende de la validación simbólica de su relato. En el síndrome de Cassandra, esta validación se rompe: el entorno responde con evasivas, sarcasmos o indiferencia, generando una fractura entre el saber emocional y su inscripción en el vínculo.

Esta negación afectiva no grita: desautoriza en voz baja. Y su efecto clínico es profundo, porque induce en el sujeto una duda persistente acerca de la legitimidad de su percepción. El resultado es una forma de retraimiento narrativo, donde el sujeto aprende a callar su verdad para sostener el vínculo, en una lógica sacrificial.

3. Falso self y escisión del deseo (D.W. Winnicott)

Desde el psicoanálisis winnicottiano, el fenómeno puede entenderse como una producción defensiva del falso self: una versión adaptada del yo que funciona para sostener vínculos que no toleran la autenticidad (Winnicott, 1965b). El sujeto que sufre el síndrome de Cassandra suele desarrollar un falso self "funcional" dentro del vínculo (el hijo obediente, el hermano simpático, la psicóloga que no habla de emociones), que le permite pertenecer, pero a costa de renunciar a su verdad interna.

Esta disociación genera síntomas psíquicos, somáticos y existenciales. El yo auténtico queda desplazado, silenciado, encapsulado en una soledad que lo distancia del otro y de sí mismo.

4. Trauma relacional y climas afectivos (Ferenczi y la clínica contemporánea)

Desde una lectura ferencziana, el síndrome de Cassandra puede ser entendido como una forma de trauma relacional sostenido. No hay un solo evento traumático, sino una constelación vincular en la que el sujeto aprende que expresar su percepción emocional implica castigo, indiferencia o desconexión (Ferenczi, 1999b).

Este trauma no deja huellas visibles, pero sí produce una clínica del silencio y del agotamiento, en la que el paciente se presenta como alguien "que ya no quiere insistir", "que prefiere no hablar" o "que se siente solo incluso cuando está con otros". La clínica del síndrome de Cassandra es, en este sentido, una clínica del deseo rechazado y la palabra enmudecida.

VI. Propuesta clínica: validación, simbolización y restitución del deseo

Abordar el síndrome de Cassandra requiere una posición clínica que no patologice al sujeto ni le imponga estrategias de adaptación forzada. En muchos casos, lo que llamamos "síntoma" –la tristeza, el silencio, el enojo, el repliegue– es la única respuesta sana ante un entorno que niega sistemáticamente su verdad. El trabajo terapéutico, entonces, no debe consistir en silenciar la lucidez ni en reeducar al sujeto para que "comunique mejor", sino en acompañar el dolor de quien sabe y no es escuchado, y ayudarle a sostener ese saber sin que se vuelva destructivo.

A continuación, se presentan seis ejes clínicos fundamentales:

1. Validación epistémica y afectiva del relato

El primer gesto clínico esencial es validar la experiencia del sujeto como legítima, sin exigir pruebas ni justificar su percepción frente al entorno. Se trata de escuchar sin duda, reconociendo que hay allí un sufrimiento estructural: el de quien ve, advierte y es negado.

El sujeto necesita saber que no está desajustado por percibir lo que otros niegan, y que su sensibilidad no es un defecto, sino una forma sofisticada de resonancia emocional. Esta validación restituye lo que el entorno ha despojado: la confianza en su percepción, en su sensibilidad y en su palabra. A veces, solo eso ya permite una reconfiguración interna profunda.

La función clínica, en esta etapa, es restituir la confianza básica del paciente en su propio registro perceptivo, habilitando la elaboración simbólica sin exigir “pruebas”. El saber emocional, aunque no siempre argumentable en términos objetivos, es radicalmente verdadero para quien lo experimenta, y merece ser acogido como tal.

2. Simbolización y narrativa del saber rechazado

El segundo eje consiste en transformar el saber rechazado en relato (Ferenczi, 1999a). Es decir, que el paciente pueda darle forma narrativa a aquello que durante mucho tiempo existió solo como presentimiento, intuición o sensación aislada. Este proceso de simbolización permite resituar el sufrimiento en una trama significativa, y no como un defecto del yo.

Aquí, el encuadre terapéutico ofrece una función contenedora y resonante: se trata de alojar el dolor de haber tenido razón en un mundo que niega esa razón, y hacerlo sin apresurar al paciente a “superarlo” o “perdonar”. No hay prisa por integrar: primero hay que dar lugar.

3. Restauración del deseo subjetivo

Una de las consecuencias más graves del síndrome de Cassandra es la pérdida de contacto con el propio deseo. Cuando la palabra es sistemáticamente silenciada, el deseo tiende a replegarse, a convertirse en evitación o en sobreadaptación. La tarea clínica implica ayudar al paciente a reconectar con lo que quiere, más allá de lo que el entorno tolera o valida (Winnicott, 1965b).

Este trabajo no es solo introspectivo; también es político en sentido amplio: implica reconocer el derecho del sujeto a nombrar el mundo desde su perspectiva, sin ser por ello acusado de traición, locura o exageración. Acompañar este proceso requiere una escucha desprovista de “terapismo”, capaz de sostener el dolor sin apresurarse a “resolverlo”.

4. Restituir agencia

Muchas veces, el sufrimiento del “Cassandra” moderno se entrelaza con una sensación de impotencia radical. No basta con saber: es necesario elegir qué hacer con ese saber. La clínica debe acompañar al sujeto en la construcción de una posición activa frente a su lucidez, ayudándole a discernir cuándo hablar, cuándo callar, dónde invertir su sensibilidad y dónde protegerla.

Este movimiento no implica resignación, sino estrategia existencial: asumir que en ciertos contextos, ser oído no es posible, y que el cuidado de uno mismo puede implicar dejar de intentar salvar al otro. Restituir agencia significa habilitar al paciente para que transforme su saber en acción, sin que esa acción esté dictada por la necesidad de ser validado, sino por el deseo de habitar su verdad con dignidad.

5. Duelo y ética de la lucidez

Aceptar que algunos vínculos no escucharán nunca es un duelo. Es el duelo de la ilusión de comprensión mutua, de la esperanza de que “algún día me van a entender”. Pero también es el inicio de una ética: la ética de la lucidez. Ser lúcido, a veces, duele (Frankl, 1946). Pero es también un modo de habitar el mundo con dignidad.

En ese sentido, el trabajo clínico puede orientarse a restituir una forma de valor existencial al saber negado: si bien fue rechazado por algunos, puede ser fértil para otros; si no sirvió para “convencer” a la familia, puede transformarse en herramienta de creación, de cuidado, de escritura, de acción crítica. La palabra que no fue oída allí puede ser necesaria acá.

Este tipo de acompañamiento exige una clínica no centrada en la adaptación, sino en la singularidad subjetiva, la legitimidad del sufrimiento y la restitución del deseo. El sujeto Cassandra no necesita que le enseñen a hablar: necesita encontrar dónde y con quién su palabra sí tiene lugar.

6. Construcción de un nuevo lazo epistémico

Finalmente, el proceso terapéutico puede leerse como la construcción de un nuevo tipo de lazo epistémico, donde el saber del paciente no solo es escuchado, sino que encuentra resonancia y valor. En muchos casos, esto permite que el paciente comience a establecer vínculos fuera del entorno familiar con personas que sí validan su percepción.

Este desplazamiento vincular es, en ocasiones, más reparador que cualquier reconciliación con el entorno original. El objetivo no es que el mundo escuche a Cassandra, sino que ella deje de dudar de sí misma solo porque el mundo la calló.

VII. Conclusión: restituir el lugar del saber silenciado

El síndrome de Cassandra, tal como se propone en este artículo, no debe ser comprendido como un trastorno individual, sino como una forma específica de sufrimiento subjetivo frente al silenciamiento estructural del saber emocional. En un mundo que privilegia la apariencia sobre la autenticidad y la negación sobre la elaboración, quienes nombran lo doloroso desde una posición de lucidez suelen ser tratados como inconvenientes, exagerados o emocionalmente inestables.

Este fenómeno afecta especialmente a profesionales del campo psicológico y a sujetos con alta sensibilidad emocional, quienes perciben con claridad las fisuras del discurso familiar o social, pero encuentran en respuesta el rechazo o la ridiculización. El caso clínico presentado ilustra los efectos subjetivos de este silenciamiento –culpa, confusión, retraimiento, disociación– y también la posibilidad de transformación que ofrece un espacio terapéutico basado en el reconocimiento y la validación del saber interno.

En tiempos donde la voz que advierte suele ser callada o ridiculizada, el trabajo clínico con estos pacientes adquiere una dimensión profundamente ética: no se trata solo de acompañar su sufrimiento,

sino de ofrecer un espacio donde la palabra vuelva a tener sentido, peso y derecho de ser dicha. El encuadre terapéutico debe sostener la legitimidad del saber emocional, incluso cuando ha sido sistemáticamente negado por el entorno (Winnicott, 1965a; Ferenczi, 1999a).

El síndrome de Cassandra no es una patología que deba curarse, sino una herida que necesita ser escuchada, simbolizada y alojada sin juicio. La tarea clínica consiste en restituir el valor de una lucidez que ha sido castigada, y en habilitar al sujeto para que pueda habitar su verdad sin que esta se convierta en fuente de aislamiento.

Contacto

Rafael Michel Molina Rojas • rmichelmolinar@gmail.com

VIII. Referencias bibliográficas

Ferenczi, S. (1999a). Diario clínico (J. Dupont, Ed.). Paidós.

Ferenczi, S. (1999b). Trauma, desarrollo y personalidad. Paidós. (Obra original publicada en 1932)

Frankl, V. E. (1946). El hombre en busca de sentido. Herder.

Marcel, G. (1951). Ser y tener. Ediciones Encuentro.

Ricoeur, P. (1990). Sí mismo como otro. Siglo XXI.

Winnicott, D. W. (1965a). El niño y su familia. Paidós.

Winnicott, D. W. (1965b). El proceso de maduración en el niño: Desarrollo afectivo y medio ambiente. Paidós.

30 de noviembre de 2025.

- Recibido: 20/02/2026.
- Aceptado: 20/05/2026.

Psiquiatría nutricional y metabólica. Nutrición evolucionista y salud humana.

Nutritional and Metabolic Psychiatry. Evolutionary Nutrition and Human Health.

Roberto García Sánchez. Profesor de la Universidad Europea de Canarias.
C/ Inocencio García, 1, 38300 La Orotava, Santa Cruz de Tenerife.
ORCID: 0000-0003-0385-1532

Resumen: La alimentación ha tenido un impacto crucial en la salud física y mental a lo largo de la historia. En la prehistoria, la dieta de los cazadores-recolectores, rica en nutrientes naturales, proporcionaba una base adecuada para la salud física, pero la falta de un suministro estable de alimentos podía causar desnutrición y hambrunas, lo que afectaba tanto el cuerpo. Con la aparición de la agricultura, la alimentación se volvió más regular, pero también surgieron deficiencias nutricionales debido a la dependencia de ciertos cultivos, como los cereales. Esto provocó problemas de salud como el raquitismo y la anemia, que afectaban tanto el crecimiento físico como el. En la Edad Media, las diferencias en la alimentación entre clases sociales también influyeron en la salud. Los ricos padecían enfermedades relacionadas con el exceso, como la gota, mientras que los pobres sufrían de desnutrición, lo que debilitaba su cuerpo. En la era moderna, la industrialización y la abundancia de alimentos procesados han contribuido a problemas de salud física, como la obesidad y enfermedades cardiovasculares, que también tienen efectos en la salud mental, como la depresión y la ansiedad. Hoy, hay una creciente conciencia sobre la relación entre la alimentación saludable y el bienestar físico y mental, promoviendo dietas equilibradas para mejorar la calidad de vida.

Palabras clave: alimentación, metabolismo, nutrición, salud mental, salud física.

Abstract: Diet has had a crucial impact on physical and mental health throughout history. In prehistoric times, the hunter-gatherer diet, rich in natural nutrients, provided an adequate foundation for physical health, but the lack of a stable food supply could cause malnutrition and famine, which took a toll on the body. With the emergence of agriculture, eating became more regular, but nutritional deficiencies also arose due to dependence on certain crops, such as cereals. This caused health problems such as rickets and anemia, which affected both physical growth and. In the Middle Ages, differences in diet between social classes also influenced health. The rich suffered from diseases related to excess, such as gout, while the poor suffered from malnutrition, which weakened their bodies and in the modern era, industrialization and the abundance of processed foods have contributed to physical health problems, such as obesity and cardiovascular diseases, which also have effects on mental health, such as depression and anxiety. Today, there is growing awareness about the relationship between healthy eating and physical and mental well-being, promoting balanced diets to improve quality of life.

Key words: food, metabolism, nutrition, mental health, physical health.

Introducción

La alimentación humana ha experimentado una evolución significativa desde los primeros homínidos hasta la era moderna, habiendo sido modelado este proceso por factores biológicos, culturales, tecnológicos y ambientales, los cuales han influido en los hábitos alimentarios y las dietas a lo largo del tiempo. Este artículo explora los principales hitos en la evolución de la alimentación humana, desde la recolección y la caza hasta la agricultura y la industrialización de los alimentos.

1. Era de los cazadores-recolectores. Los primeros homínidos, que aparecieron alrededor de 2.5 millones de años, eran principalmente cazadores-recolectores. Su dieta se basaba en la disponibilidad de alimentos en su entorno inmediato, incluyendo frutas, nueces, raíces, hojas, carne y mariscos (Wrangham & Conklin-Brittain, 2003). La variabilidad estacional y geográfica influía en su ingesta alimentaria, lo que resultaba en una dieta diversa pero limitada por el acceso directo a los recursos naturales.
2. Desarrollo de herramientas y técnicas de caza. El uso de herramientas y la cooperación en la caza marcaron un avance crucial en la dieta de los homínidos. Herramientas de piedra, como cuchillos y lanzas, permitieron una caza más eficiente y el procesamiento de alimentos, incluyendo la carne de animales grandes (Stanford, 2001). Esta transición permitió una mayor ingesta de proteínas y grasas, lo que pudo haber contribuido al desarrollo del cerebro humano.
3. Descubrimiento del fuego. El control del fuego, que se estima ocurrió hace alrededor de un millón de años, tuvo un impacto significativo en la alimentación humana (Wrangham et al., 1999). Cocinar los alimentos no solo mejoró su sabor, sino que también aumentó la seguridad alimentaria al reducir patógenos y parásitos. Además, la cocción hizo que ciertos alimentos fueran más digeribles, aumentando el valor nutricional y permitiendo un mayor aprovechamiento de los nutrientes.
4. Revolución agrícola. La invención de la agricultura, hace aproximadamente 10,000 años, transformó radicalmente la dieta humana (Diamond, 1997). La domesticación de plantas y animales permitió una producción de alimentos más predecible y estable, lo que llevó al establecimiento de comunidades sedentarias y al crecimiento de la población. Los cultivos básicos como el trigo, el arroz y el maíz se convirtieron en pilares de la dieta humana, proporcionando una fuente constante de calorías.
5. Diversificación agrícola y comercio. Con el tiempo, la agricultura se diversificó, y el comercio entre diferentes regiones permitió el intercambio de alimentos y técnicas agrícolas. Este intercambio enriqueció las dietas al introducir nuevos cultivos y productos alimenticios a distintas culturas (McGovern et al., 2004). Por ejemplo, la llegada de productos del Nuevo Mundo, como las patatas y el maíz, a Europa y Asia tuvo un impacto significativo en las dietas locales.
6. Revolución industrial y alimentación. La revolución industrial del siglo XIX introdujo cambios drásticos en la producción y distribución de alimentos. La mecanización de la agricultura aumentó la eficiencia y la producción a gran escala, mientras que los avances en transporte y conservación permitieron que los alimentos se distribuyeran a mayores distancias (Mintz, 1986). La introducción de alimentos procesados y enlatados también comenzó en esta era, haciendo los alimentos más accesibles y variados, pero también introduciendo problemas como la pérdida de nutrientes y el aumento de aditivos y conservantes.
7. Era moderna: industrialización y globalización. En el siglo XX y XXI, la industrialización y la globalización han seguido transformando la alimentación humana. La producción masiva de alimentos y la comercialización global han hecho que una amplia variedad de alimentos esté disponible en casi cualquier lugar del mundo (Nestle, 2002). La globalización ha llevado a la homogenización de las dietas, con un aumento en el consumo de productos ultraprocesados y la adopción de patrones alimentarios occidentales en diferentes culturas.

8. Impacto en la salud. La evolución de la alimentación ha tenido un impacto profundo en la salud humana. Mientras que la disponibilidad de alimentos ha mejorado, los cambios en la dieta han contribuido al aumento de enfermedades crónicas como la obesidad, la diabetes tipo 2 y las enfermedades cardiovasculares (Popkin, 1998). La transición de dietas basadas en alimentos naturales a dietas ricas en azúcares, grasas y alimentos procesados ha sido un factor clave en esta tendencia.
9. Movimientos contemporáneos hacia una alimentación sostenible. En respuesta a los problemas de salud y al impacto ambiental de la producción de alimentos, han surgido movimientos hacia una alimentación más sostenible y saludable. El interés por las dietas basadas en plantas, la agricultura orgánica y los alimentos locales y de temporada está creciendo (Willett et al., 2019). Estos movimientos buscan reducir el impacto ambiental de la producción de alimentos y promover hábitos alimentarios más saludables y sostenibles.
10. Futuro de la alimentación humana. El futuro de la alimentación humana enfrenta desafíos y oportunidades. La innovación tecnológica, como la agricultura vertical y los alimentos cultivados en laboratorio, podría transformar nuevamente la producción y el consumo de alimentos (Tuomisto & Teixeira de Mattos, 2011). Sin embargo, es crucial abordar problemas como la desigualdad en el acceso a los alimentos, la sostenibilidad ambiental y la salud pública para asegurar una alimentación adecuada para las futuras generaciones.

Evolución del cerebro según la alimentación

El cerebro humano es uno de los órganos más complejos y enigmáticos, cuya evolución ha sido fundamental para el desarrollo de la cognición, el comportamiento y la cultura humana. A lo largo de millones de años, el cerebro ha experimentado cambios significativos en tamaño, estructura y funcionalidad, permitiendo a nuestros ancestros adaptarse y prosperar en diversos entornos.

El aumento del tamaño cerebral es una de las características distintivas de la evolución humana. Los primeros homínidos, como el *Australopithecus*, tenían cerebros relativamente pequeños, con un volumen craneal promedio de unos 450 cc (Falk, 1990). A medida que los homínidos evolucionaron hacia géneros como *Homo habilis* y *Homo erectus*, se observó un aumento significativo en el tamaño cerebral, alcanzando aproximadamente 600–1100 cc en *Homo erectus* (Holloway et al., 2004). Este incremento estuvo acompañado de mejoras en la capacidad cognitiva y el desarrollo de herramientas.

La dieta desempeñó un papel crucial en la evolución del cerebro. La incorporación de carne y alimentos ricos en energía en la dieta de los homínidos proporcionó los nutrientes necesarios para el crecimiento cerebral (Milton, 1999). La hipótesis del “cerebro costoso” sugiere que la mayor ingesta de calorías permitió redirigir energía hacia el desarrollo cerebral, favoreciendo un cerebro más grande y complejo (Aiello & Wheeler, 1995).

El control del fuego y la cocción de alimentos, que se estima ocurrió hace alrededor de un millón de años, también tuvieron un impacto significativo en la evolución cerebral (Wrangham & Conklin-Brittain, 2003). Cocinar los alimentos aumentó su digestibilidad y valor nutricional, proporcionando una fuente más eficiente de calorías y nutrientes esenciales. Esto pudo haber facilitado el crecimiento cerebral y la evolución de capacidades cognitivas avanzadas.

El aumento del tamaño cerebral fue acompañado por cambios en la estructura y funcionalidad del cerebro, particularmente en las áreas asociadas con la cognición y el lenguaje. El desarrollo del lóbulo frontal, crucial para funciones ejecutivas, y el área de Broca, relacionada con el procesamiento del lenguaje, son ejemplos de adaptaciones cerebrales que permitieron el desarrollo del pensamiento abstracto y la comunicación compleja (Deacon, 1997).

El *Homo sapiens*, que apareció hace unos 300,000 años, presenta el cerebro más grande y complejo entre los homínidos, con un volumen promedio de alrededor de 1350 cc (Hublin et al., 2017). Este incremento en tamaño cerebral fue acompañado por una reorganización estructural que favoreció la integración y el procesamiento de información. Las capacidades cognitivas avanzadas del *Homo sapiens* permitieron el desarrollo de la cultura, el arte, la tecnología y la sociedad.

La evolución del cerebro humano también está marcada por la neotenia, la retención de características juveniles en la adultez. La prolongada infancia de los humanos permite un periodo extendido de desarrollo cerebral y aprendizaje (Gould, 1977). Esta plasticidad cerebral es esencial para la adquisición de habilidades complejas y la adaptación a entornos cambiantes.

Otro factor crucial que ha influido en esta evolución es la selección social y cultural. La vida en grupos sociales complejos requirió el desarrollo de habilidades cognitivas avanzadas, como la empatía, la cooperación y la resolución de conflictos (Dunbar, 1998). La cultura, que incluye la transmisión de conocimientos, normas y valores, también jugó un papel crucial en la evolución cerebral, proporcionando un entorno enriquecido que favoreció el desarrollo cognitivo.

Los cambios genéticos han sido fundamentales en la evolución del cerebro. Mutaciones y variaciones genéticas en genes específicos han influido en el tamaño, la estructura y la funcionalidad del cerebro. Por ejemplo, el gen *ASPM* está asociado con el tamaño del cerebro, y variaciones en este gen se correlacionan con diferencias en el volumen cerebral (Bond et al., 2003). La selección natural ha favorecido variaciones genéticas que optimizan la función cognitiva y la adaptabilidad.

En la era moderna, la tecnología y el entorno han comenzado a influir en el desarrollo y la funcionalidad del cerebro. La exposición constante a dispositivos electrónicos, la sobrecarga de información y los cambios en el estilo de vida están teniendo efectos en la neuroplasticidad y la cognición (Small et al., 2009). Si bien estos cambios son recientes en términos evolutivos, su impacto a largo plazo en el cerebro humano sigue siendo un área activa de investigación.

El futuro de la evolución cerebral humana plantea preguntas fascinantes y desafíos. La biotecnología, la inteligencia artificial y otras innovaciones tecnológicas podrían influir en esta evolución. Además, la comprensión de la genética y la neurociencia podría permitir intervenciones dirigidas a mejorar la función cerebral o prevenir enfermedades neurológicas (Goering et al., 2017). Sin embargo, es crucial considerar las implicaciones éticas y sociales de tales avances para asegurar un desarrollo equilibrado y beneficioso para la humanidad.

Efectos de la nutrición actual basada en carbohidratos

Las dietas ricas en carbohidratos se caracterizan por tener un alto contenido de alimentos que contienen carbohidratos, como cereales, pan, pasta, arroz, frutas, verduras, legumbres y azúcares añadidos. Estas dietas suelen proporcionar una fuente principal de energía a través de los carbohidratos, que se convierten en glucosa en el cuerpo para su uso inmediato o almacenamiento como glucógeno en el hígado y los músculos.

La nueva evidencia científica sugiere que las dietas ricas en carbohidratos, especialmente aquellas que contienen carbohidratos refinados y azúcares añadidos, pueden ser el principal generador de enfermedades metabólicas por múltiples razones que se destacarán a continuación. Los carbohidratos refinados y los azúcares añadidos tienen un alto índice glucémico, lo que significa que causan un aumento rápido en los niveles de glucosa en sangre. Esto puede llevar a picos de insulina para controlar los niveles de glucosa, lo que con el tiempo puede provocar resistencia a la insulina, una condición en la que las células del cuerpo no responden adecuadamente a la insulina. La resistencia a la insulina es un factor de riesgo importante para el desarrollo de diabetes tipo 2 y otras enfermedades metabólicas.

Además, también pueden promover la inflamación crónica en el cuerpo. El consumo excesivo de azúcares puede desencadenar una respuesta inflamatoria en el organismo, lo que contribuye al desarrollo de enfermedades metabólicas como la obesidad, la diabetes y las enfermedades cardiovasculares.

Esta forma de alimentación puede estimular la lipogénesis, un proceso en el cual el exceso de glucosa se convierte en ácidos grasos y se almacena en forma de grasa en el cuerpo. El aumento del almacenamiento de grasa puede contribuir al desarrollo de la obesidad y otras enfermedades metabólicas. Del mismo modo, también puede influir en los niveles de lípidos en sangre, aumentando los triglicéridos y reduciendo el colesterol HDL (lipoproteínas de alta densidad), lo que aumenta el riesgo de enfermedades cardiovasculares.

Ante lo mencionado, existe una gran cantidad de enfermedades que están relacionadas con una ingesta elevada de carbohidratos. Consumir una gran cantidad de carbohidratos refinados y azúcares puede conducir a un aumento de peso no deseado. Los carbohidratos refinados tienden a tener un alto índice glucémico, lo que puede provocar picos de azúcar en la sangre seguidos de caídas bruscas, lo que puede aumentar el apetito y llevar a un consumo excesivo de calorías. Por otro lado, también pueden contribuir al desarrollo de resistencia a la insulina y diabetes tipo 2. Estos alimentos pueden causar picos de azúcar en la sangre, lo que puede provocar una mayor producción de insulina y eventualmente llevar a una disminución en la sensibilidad a la insulina. Uno de los efectos más perjudiciales podría estar en el aumento de los niveles de triglicéridos en la sangre y la reducción de los niveles de colesterol HDL (el mal llamado colesterol "bueno"), lo que aumenta el riesgo de enfermedades cardiovasculares.

Es importante no olvidar el efecto en la inflamación crónica producida en el cuerpo, lo que se ha relacionado con una serie de enfermedades crónicas, como enfermedades cardíacas, diabetes y obesidad, así como una posible alteración del equilibrio de bacterias en el intestino y aumentar el riesgo de desarrollar trastornos digestivos como el síndrome del intestino irritable (SII) y la enfermedad inflamatoria intestinal (EII).

Como no puede ser de otro modo, los carbohidratos refinados y azúcares pueden alimentar a las bacterias en la boca que causan caries dental, lo que aumenta el riesgo de desarrollar problemas dentales como caries y enfermedad periodontal.

Llegados a este punto, es necesario mencionar una de las mayores "epidemias" de la sociedad actual, que viene motivada por este tipo de alimentación, el síndrome metabólico, que es un conjunto de condiciones que incluyen resistencia a la insulina, presión arterial alta, niveles elevados de azúcar en la sangre, exceso de grasa abdominal y niveles anormales de lípidos en sangre. El síndrome metabólico aumenta el riesgo de desarrollar enfermedades cardíacas, diabetes tipo 2 y accidentes cerebrovasculares.

Por supuesto, consumir grandes cantidades de carbohidratos refinados y azúcares puede afectar la función cognitiva y el estado de ánimo. Los picos y caídas en los niveles de azúcar en la sangre pueden provocar fatiga, falta de concentración y cambios de humor, lo que puede afectar la productividad y el bienestar general. También se han asociado con un mayor riesgo de desarrollar una variedad de enfermedades crónicas, incluyendo enfermedades cardíacas, diabetes tipo 2, enfermedades neurodegenerativas como el Alzheimer y ciertos tipos de cáncer.

Resulta interesante remarcar que, aunque los carbohidratos pueden proporcionar energía rápida, consumir demasiados carbohidratos refinados y azúcares puede provocar picos de energía seguidos de caídas bruscas, lo que puede dejar a las personas sintiéndose fatigadas y sin energía a lo largo del día, lo que al mismo tiempo puede contribuir a cambios de humor, irritabilidad y ansiedad en algunas personas. Además, una dieta alta en carbohidratos refinados se ha relacionado con un mayor riesgo de depresión y otros trastornos del estado de ánimo.

La situación no queda ahí, esta alimentación actual puede empeorar los síntomas del síndrome de ovario poliquístico, una condición hormonal común en mujeres en edad reproductiva que puede causar infertilidad, irregularidades menstruales y otros problemas de salud. También se ha asociado con un mayor riesgo de desarrollar síndrome de hígado graso no alcohólico (HGNA), una condición en la que se acumula grasa en el hígado. El HGNA puede conducir a complicaciones graves, como cirrosis hepática y cáncer de hígado.

La pirámide alimentaria tradicional ha sido objeto de críticas en relación con su enfoque en el consumo de carbohidratos y la promoción de una dieta alta en carbohidratos. La pirámide tradicional a menudo promueve el consumo de una gran cantidad de carbohidratos refinados, como cereales, pan, pasta y arroz. Estos alimentos tienen un alto índice glucémico y pueden provocar picos de azúcar en la sangre, seguidos de caídas bruscas, lo que puede contribuir a problemas de salud como la resistencia a la insulina y la diabetes tipo 2. Esta alimentación tiende a favorecer los carbohidratos como la base de la dieta, seguidos de proteínas y grasas. Sin embargo, esta distribución no refleja necesariamente las necesidades nutricionales óptimas para todas las personas, especialmente aquellas que pueden beneficiarse de una ingesta más baja de carbohidratos y una mayor proporción de grasas saludables.

Por otro lado, la pirámide de alimentos no distingue entre carbohidratos saludables, como los que se encuentran en ciertas frutas y verduras, y carbohidratos refinados y procesados. Esto puede llevar a un consumo excesivo de alimentos poco saludables y contribuir a problemas de salud como la obesidad y las enfermedades cardiovasculares. Algunos críticos argumentan que la promoción de una dieta alta en carbohidratos por parte de la alimentación tradicional ha contribuido a la epidemia de obesidad y enfermedades relacionadas en muchos países occidentales. El exceso de carbohidratos, especialmente cuando se combinan con un estilo de vida sedentario, puede llevar al aumento de peso y a problemas de salud asociados. Quizás lo más importante estriba en que la nutrición que promueve este sistema no tiene en cuenta las diferencias individuales en las necesidades nutricionales y los requisitos dietéticos. Lo que puede ser adecuado para una persona puede no serlo para otra, y la pirámide no proporciona pautas personalizadas en este sentido.

Estas críticas han llevado a un cuestionamiento generalizado sobre la eficacia y la idoneidad de la pirámide alimentaria tradicional como guía dietética, lo que ha llevado a un mayor interés en enfoques alternativos que priorizan una distribución más equilibrada de macronutrientes y una mayor atención a la calidad de los alimentos.

Como alternativa o contraposición a una alimentación basada en carbohidratos se pueden encontrar las dietas *paleo*, *low carb*, *cetogénica* y *carnívora*, que se consideran buenas alternativas nutricionales por varias razones. Es importante entender el concepto de dieta que aquí se pretende expresar no como restricción calórica, sino simplemente como *estilo o filosofía de alimentación*. Una vez aclarado el concepto de dieta, en las próximas líneas se expondrán las características de estos estilos alimentarios.

Todas estas dietas tienden a limitar o eliminar por completo los carbohidratos refinados y los azúcares añadidos, lo que ayuda a estabilizar los niveles de glucosa en sangre y a prevenir los picos de insulina. Esto puede ser beneficioso para controlar el peso, reducir la inflamación y mejorar la sensibilidad a la insulina. Estas dietas priorizan el consumo de alimentos naturales y no procesados, como carnes magras, pescado, mariscos, huevos, frutas, verduras, nueces y semillas. Estos alimentos suelen ser ricos en nutrientes esenciales como proteínas, grasas saludables, vitaminas y minerales, lo que puede contribuir a una mejor salud general.

Al mismo tiempo, promueven el consumo de alimentos densos en nutrientes, lo que significa que proporcionan una alta cantidad de nutrientes en relación con su contenido calórico. Esto puede ayudar a satisfacer las necesidades nutricionales del cuerpo y a promover la saciedad, lo que puede ser útil para controlar el apetito y la ingesta calórica. Las dietas bajas en carbohidratos y altas en proteínas y grasas saludables suelen promover una mayor sensación de saciedad en comparación con las dietas altas en carbohidratos. Esto puede ayudar a reducir los antojos de alimentos y a controlar la ingesta calórica, lo que puede ser beneficioso para la pérdida de peso y el mantenimiento del peso perdido.

Lo principal de estos estilos alimentarios estriba en que han demostrado tener el potencial de mejorar diversos marcadores de salud metabólica, como la glucosa en sangre, la insulina, los lípidos sanguíneos y la presión arterial. Esto puede reducir el riesgo de desarrollar enfermedades crónicas como la diabetes tipo 2, las enfermedades cardiovasculares y la obesidad. Aunque cada una de estas dietas tiene sus propias pautas específicas, también pueden ser adaptadas según las necesidades individuales y las preferencias personales. Esto permite una mayor flexibilidad en la planificación de comidas y facilita su incorporación en diferentes estilos de vida.

Formas de nutrición evolutiva

Dieta paleolítica o paleo:

Consiste en consumir alimentos similares a los que se cree que comían los ancestros del ser humano durante la era paleolítica; se enfoca en alimentos no procesados, como carnes magras, pescado, mariscos, huevos, frutas, verduras, nueces y semillas; se evitan los alimentos procesados, los granos, los lácteos, los azúcares refinados y los aceites vegetales refinados. El objetivo es imitar la dieta de los cazadores-recolectores prehistóricos, que se basaba en alimentos disponibles en la naturaleza.

Dieta baja en carbohidratos (Low Carb):

Se caracteriza por limitar la ingesta de carbohidratos y priorizar el consumo de proteínas y grasas saludables; las cantidades exactas de carbohidratos permitidas pueden variar según la versión específica de la dieta, pero suelen ser significativamente más bajas que las recomendaciones dietéticas convencionales; se permite el consumo de alimentos como carnes magras, pescado, mariscos, huevos, productos lácteos enteros, verduras no almidonadas, nueces y semillas; se evitan los alimentos ricos en carbohidratos como pan, pasta, arroz, cereales, azúcares añadidos y productos procesados.

Dieta cetogénica:

Es una dieta muy baja en carbohidratos, alta en grasas y moderada en proteínas que induce un estado metabólico llamado cetosis, en el cual el cuerpo quema grasas como principal fuente de energía en lugar de carbohidratos; se limita la ingesta de carbohidratos a aproximadamente 20-50 gramos por día, lo que equivale a alrededor del 5-10% de las calorías totales; se consume una cantidad moderada de proteínas para mantener la masa muscular y se obtiene la mayoría de las calorías de las grasas saludables como aguacates, aceite de coco, aceite de oliva, nueces y semillas; se permiten alimentos como carnes, pescado, huevos, lácteos enteros, verduras bajas en carbohidratos y grasas saludables.

Dieta carnívora:

Es una dieta extremadamente baja en carbohidratos que consiste en consumir principalmente alimentos de origen animal, como carne, pescado, huevos y productos lácteos; se elimina por completo el consumo de alimentos de origen vegetal, incluyendo frutas, verduras, granos, legumbres y nueces; se basa en la premisa de que los alimentos de origen animal proporcionan todos los nutrientes necesarios para una nutrición óptima y que los carbohidratos y las plantas pueden causar problemas digestivos y de salud en algunas personas.

Dentro de la dieta carnívora se encuentra una específica que recibe el nombre de Dieta León, cuya finalidad es eliminar todos los alimentos potencialmente inflamatorios o irritantes y reintroducirlos lentamente (si se desea) para identificar intolerancias o sensibilidades alimentarias. En este caso solo se consume carne roja, sal y agua, y se ha empleado para abordar la reducción de inflamación, síntomas de trastornos autoinmunes, ansiedad o depresión y mejora digestiva.

Como se puede observar, los sistemas de alimentación descritos han sido ordenados de mayor a menor consumo de carbohidratos, esto es, de menos a más restrictivos, siempre en un contexto de bajo consumo de carbohidratos en comida real, natural. A continuación, se podrán observar las similitudes y diferencias que existen entre ellas para una mayor comprensión.

La dieta paleolítica pone el énfasis en alimentos naturales y no procesados; en la eliminación de alimentos procesados, azúcares refinados y granos; fomenta el consumo de proteínas magras, grasas saludables, frutas, verduras y nueces. Se basa en el estilo de alimentación de nuestros ancestros cazadores-recolectores. Su principal diferencia estriba en permitir el consumo de carbohidratos de fuentes naturales como frutas y tubérculos; no tiene una restricción específica en la ingesta de grasas, siempre y cuando provengan de fuentes naturales; no establece un objetivo específico de cetosis.

La dieta baja en carbohidratos (Low Carb) reduce de forma significativa en la ingesta de carbohidratos; fomenta el consumo de proteínas y grasas saludables; puede promover la pérdida de peso y mejorar la sensibilidad a la insulina. Como diferencia, se denota que no establece un límite estricto en la ingesta de carbohidratos, pero generalmente implica consumir menos de 100 gramos por día, y no se centra en la cetosis como objetivo principal.

La dieta cetogénica reduce drásticamente la ingesta de carbohidratos; fomenta una alta ingesta de grasas saludables; se entra en un estado de cetosis, donde el cuerpo quema grasa como principal fuente de energía; puede mejorar la pérdida de peso, la salud metabólica y la función cognitiva. Su rasgo distintivo estriba en que tiene un enfoque más específico en alcanzar y mantener la cetosis, generalmente con menos de 50 gramos de carbohidratos al día (máximo suelen ser 20 gramos), prioriza las grasas como fuente principal de energía y puede requerir un período de adaptación para que el cuerpo se ajuste a quemar grasa en lugar de carbohidratos.

Por último, la dieta carnívora elimina completamente los carbohidratos de la dieta, se basa únicamente en alimentos de origen animal, como carne, pescado y productos lácteos, y puede promover la pérdida de peso y mejorar la salud metabólica en algunas personas. Como diferencia, cabe destacar que es la más restrictiva en términos de variedad de alimentos, ya que excluye todas las fuentes de carbohidratos y vegetales, eso implica que no permite frutas, verduras, nueces ni ningún otro alimento de origen vegetal.

A modo de conclusión, mientras que todas estas dietas comparten la reducción en la ingesta de carbohidratos y la promoción de grasas saludables y proteínas, difieren en los detalles específicos de qué alimentos están permitidos y en qué medida se enfocan en alcanzar y mantener la cetosis. Es importante encontrar la dieta que mejor se adapte a las necesidades individuales y los objetivos de salud de cada persona.

Todas estas formas de alimentación evolutivas presentan beneficios, siempre y cuando se lleven a cabo de forma rigurosa y bajo el seguimiento de un profesional capacitado, informado y formado. A continuación, se desarrollará de forma esquemática los beneficios de cada uno de estos sistemas:

Dieta paleolítica:

- Promueve el consumo de alimentos naturales y no procesados, lo que puede mejorar la calidad de la dieta y reducir la ingesta de alimentos ultraprocesados.
- Puede ayudar a controlar el azúcar en la sangre y reducir el riesgo de enfermedades crónicas al eliminar azúcares refinados y granos.
- Alienta el consumo de alimentos ricos en nutrientes como frutas, verduras, proteínas magras y grasas saludables, lo que puede mejorar la salud en general.

Dieta baja en carbohidratos (Low Carb):

- Puede promover la pérdida de peso al reducir la ingesta de carbohidratos, lo que puede conducir a una disminución en la ingesta total de calorías.
- Puede mejorar la sensibilidad a la insulina y el control del azúcar en la sangre, lo que beneficia a las personas con resistencia a la insulina o diabetes tipo 2.
- Puede aumentar los niveles de saciedad y reducir los antojos de alimentos al incluir proteínas y grasas saludables en la dieta.

Dieta cetogénica:

- Promueve la pérdida de peso al inducir la cetosis, donde el cuerpo quema grasa como fuente principal de energía.
- Puede mejorar la salud metabólica al reducir los niveles de azúcar en la sangre y mejorar la sensibilidad a la insulina.
- Puede tener efectos positivos en la salud cerebral y cognitiva al proporcionar una fuente de energía alternativa en forma de cuerpos cetónicos.

Dieta carnívora:

- Puede simplificar la alimentación al eliminar grupos de alimentos como granos, frutas y verduras, lo que puede ser beneficioso para algunas personas.
- Puede promover la pérdida de peso y la saciedad al enfocarse en alimentos ricos en proteínas y grasas saludables.
- Puede tener efectos positivos en la salud digestiva al eliminar alimentos que pueden causar sensibilidades o intolerancias en algunas personas.

Uso clínico de los estilos alimentarios

La dieta paleolítica puede ser útil para perder peso, ya que se centra en alimentos naturales y no procesados, lo que puede ayudar a reducir la ingesta de calorías y promover una alimentación más equilibrada. Al eliminar azúcares refinados y granos, la dieta paleo puede ayudar a controlar los niveles de azúcar en la sangre y mejorar la sensibilidad a la insulina en personas con resistencia a la insulina o diabetes tipo 2. Al evitar alimentos procesados y ricos en ingredientes inflamatorios, la dieta paleo puede ayudar a reducir la inflamación en el cuerpo, lo que puede beneficiar a personas con enfermedades inflamatorias crónicas.

La dieta baja en carbohidratos (Low Carb) puede ser beneficiosa para personas con diabetes tipo 2 al reducir la ingesta de carbohidratos y ayudar a controlar los niveles de glucosa en sangre. Al reducir la ingesta de carbohidratos y promover el consumo de proteínas y grasas saludables, la dieta baja en carbohidratos puede ser efectiva para perder peso y mantenerlo a largo plazo. Algunas investigaciones sugieren que la dieta baja en carbohidratos puede tener efectos positivos en los factores de riesgo cardiovascular, como los niveles de triglicéridos y la presión arterial.

La dieta cetogénica ha demostrado ser eficaz en el tratamiento de la epilepsia, especialmente en niños con epilepsia refractaria que no responden a la medicación. Es conocida por inducir la cetosis, un estado metabólico en el que el cuerpo quema grasa como fuente principal de energía, lo que puede conducir a una pérdida de peso significativa. Además, se ha sugerido que la dieta cetogénica puede tener efectos neuroprotectores y beneficiar a personas con enfermedades neurodegenerativas como el Alzheimer y el Parkinson.

Por último, la dieta carnívora, al eliminar alimentos que pueden desencadenar respuestas inflamatorias en el cuerpo, puede ayudar a reducir la inflamación y los síntomas asociados en personas con enfermedades inflamatorias crónicas. Al centrarse en alimentos ricos en proteínas y grasas saludables, la dieta carnívora puede promover la saciedad y ayudar a perder peso al reducir la ingesta total de calorías. Por último, cabe destacar que al eliminar alimentos que pueden causar sensibilidades alimentarias o problemas digestivos en algunas personas, esta alimentación puede ayudar a mejorar la salud intestinal y reducir los síntomas gastrointestinales.

Conclusiones

La dieta cetogénica, caracterizada por una alta ingesta de grasas, moderada en proteínas y baja en carbohidratos, ha ganado atención significativa como una intervención potencialmente eficaz para la salud mental. Los estudios revisados indican que esta dieta puede ofrecer beneficios en el manejo de diversas condiciones psiquiátricas, incluyendo la depresión, la ansiedad y el trastorno bipolar, así como en la epilepsia, donde su eficacia está bien documentada. Los mecanismos propuestos para estos efectos incluyen la estabilización de los niveles de glucosa en sangre, la reducción del estrés oxidativo y la inflamación, y la modulación de los neurotransmisores y las redes neuronales.

Comparada con otras dietas, la dieta cetogénica muestra una promesa particular debido a su capacidad para inducir cetosis, un estado metabólico que parece tener efectos neuroprotectores y estabilizadores del estado de ánimo. Las dietas tradicionales y las intervenciones dietéticas, aunque beneficiosas en muchos aspectos, no han demostrado consistentemente la misma eficacia en la modulación de los procesos neurológicos y metabólicos de manera tan específica y potente como la dieta cetogénica.

Sin embargo, es crucial abordar este enfoque con precaución. La dieta cetogénica puede no ser adecuada para todos debido a sus restricciones y posibles efectos secundarios. La supervisión médica y nutricional es esencial para asegurar la adherencia y minimizar los riesgos asociados. Además, se necesita más investigación, incluyendo ensayos clínicos aleatorizados, para establecer definitivamente la eficacia y seguridad a largo plazo de la dieta cetogénica en comparación con otras intervenciones dietéticas para la salud mental.

Como principal conclusión se podría extraer que la dieta cetogénica representa una intervención prometedora para mejorar la salud mental, destacándose sobre otras dietas por sus mecanismos de acción únicos y sus efectos positivos reportados en varias condiciones psiquiátricas. No obstante, su aplicación debe ser personalizada y monitorizada cuidadosamente, y su adopción debe ser informada por un balance entre los beneficios potenciales y las limitaciones individuales.

Contacto

Roberto García Sánchez
roberto.garcia@universidadeuropea.es • 646 149 648

Referencias bibliográficas

- Aiello, L. C., & Wheeler, P. (1995). The expensive-tissue hypothesis: The brain and the digestive system in human and primate evolution. *Current Anthropology*, 36(2), 199–221.
- Bond, J., Scott, S., Hampshire, D. J., Springell, K., Corry, P., Abramowicz, M. J., et al. (2003). Protein-truncating mutations in ASPM cause variable reduction in brain size. *American Journal of Human Genetics*, 73(5), 1170–1177.

- Deacon, T. W. (1997). *The symbolic species: The co-evolution of language and the brain*. W.W. Norton & Company.
- Diamond, J. (1997). *Guns, germs, and steel: The fates of human societies*. W.W. Norton & Company.
- Dunbar, R. I. M. (1998). The social brain hypothesis. *Evolutionary Anthropology*, 6(5), 178–190.
- Falk, D. (1990). Brain evolution in Homo: The “radiator” theory. *Behavioral and Brain Sciences*, 13(2), 333–344.
- Goering, S., Klein, E., Dougherty, D. D., & Widge, A. S. (2017). Staying in the loop: Ethics and neurotechnology. *Nature Neuroscience*, 20(11), 1507–1512.
- Gould, S. J. (1977). *Ontogeny and phylogeny*. Harvard University Press.
- Holloway, R. L., Broadfield, D. C., & Yuan, M. S. (2004). *The human fossil record: Brain endocasts—the paleoneurological evidence*. Wiley-Liss.
- Hublin, J. J., Ben-Ncer, A., Bailey, S. E., Freidline, S. E., Neubauer, S., Skinner, M. M., et al. (2017). New fossils from Jebel Irhoud, Morocco and the pan-African origin of Homo sapiens. *Nature*, 546(7657), 289–292.
- McGovern, P. E., Zhang, J., Tang, J., Zhang, Z., Hall, G. R., Moreau, R. A., et al. (2004). Fermented beverages of pre- and proto-historic China. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 101(51), 17593–17598.
- Milton, K. (1999). A hypothesis to explain the role of meat-eating in human evolution. *Evolutionary Anthropology*, 8(1), 11–21.
- Mintz, S. W. (1986). *Sweetness and power: The place of sugar in modern history*. Penguin.
- Nestle, M. (2002). *Food politics: How the food industry influences nutrition and health*. University of California Press.
- Popkin, B. M. (1998). The nutrition transition and its health implications in lower-income countries. *Public Health Nutrition*, 1(1), 5–21.
- Small, G. W., Moody, T. D., Siddarth, P., & Bookheimer, S. Y. (2009). Your brain on Google: Patterns of cerebral activation during internet searching. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 17(2), 116–126.
- Stanford, C. B. (2001). *The hunting apes: Meat eating and the origins of human behavior*. Princeton University Press.
- Tuomisto, H. L., & Teixeira de Mattos, M. J. (2011). Environmental impacts of cultured meat production. *Environmental Science & Technology*, 45(14), 6117–6123.
- Willett, W., Rockström, J., Loken, B., Springmann, M., Lang, T., Vermeulen, S., et al. (2019). Food in the Anthropocene: The EAT–Lancet Commission on healthy diets from sustainable food systems. *The Lancet*, 393(10170), 447–492.
- Wrangham, R., & Conklin-Brittain, N. (2003). Cooking as a biological trait. *Comparative Biochemistry and Physiology Part A: Molecular & Integrative Physiology*, 136(1), 35–46.
- Wrangham, R., Jones, J. H., Laden, G., Pilbeam, D., & Conklin-Brittain, N. (1999). The raw and the stolen: Cooking and the ecology of human origins. *Current Anthropology*, 40(5), 567–594.

- Recibido: 18/01/2026.
- Aceptado: 25/04/2026.

Atención sociosanitaria en Canarias: limitaciones estructurales de la planificación y la salud mental como caso de evidencia.

Social and health care in the Canary Islands: structural limitations of planning and mental health as a case of evidence.

Francisco Rodríguez Pulido. Profesor Titular de Psiquiatría. Universidad de La Laguna.

María de Los Ángeles Rodríguez García. Profesora Enfermería, Universidad de La Laguna.

Resumen:

Objetivo: Analizar críticamente la Estrategia de Atención Sociosanitaria de Canarias 2025–2030 en relación con su capacidad de planificación operativa, y examinar el tratamiento de la salud mental como caso ejemplar de sus limitaciones estructurales.

Método: Estudio de análisis documental basado en la revisión sistemática de la Estrategia. Se realizó un análisis cualitativo orientado a identificar la existencia de planificación basada en necesidades, definición de recursos, mecanismos de coordinación, planificación territorial y orientación a resultados. Se incorporó un análisis específico del ámbito de la salud mental.

Resultados: La estrategia presenta un carácter predominantemente declarativo, con ausencia de estimaciones de necesidades, objetivos cuantificados y definición operativa de recursos. Se identifican debilidades en la gobernanza, la coordinación interinstitucional y la planificación territorial, así como una limitada orientación a resultados. Estas limitaciones se reproducen de forma especialmente evidente en el ámbito de la salud mental, donde no se desarrolla un modelo específico para el trastorno mental grave.

Conclusiones: La estrategia constituye un marco conceptual relevante, pero presenta limitaciones estructurales que dificultan su capacidad transformadora. La salud mental actúa como un indicador crítico de estas debilidades y pone de manifiesto la necesidad de avanzar hacia modelos de planificación basados en necesidades y orientados a resultados.

Palabras clave: Atención integral de salud, Planificación en salud, Atención a largo plazo Personas con discapacidad y dependencia, Trastornos mentales, Islas Canarias

Abstract:

Objective: To critically analyze the Canary Islands' Sociosanitary Care Strategy 2025–2030 in terms of its operational planning capacity, and to examine the treatment of mental health as an indicator of its structural limitations.

Method: A documentary analysis study was conducted based on a systematic review of the Canary Islands' Sociosanitary Care Strategy 2025–2030. A qualitative content analysis was performed focusing on the presence of needs-based planning, definition of resources, governance and coordination mechanisms, territorial planning, and results orientation. A specific analysis of the mental health field was also included.

Results: The strategy shows a predominantly declarative character, lacking needs assessment, quantified objectives, and an operational definition of resources. Structural weaknesses were identified in governance, interinstitutional coordination, territorial planning, and evaluation systems. These limitations are particularly evident in the field of mental health, where no specific model for severe mental disorders is developed.

Conclusions: The strategy represents a relevant conceptual framework but presents structural limitations that hinder its transformative capacity. Mental health emerges as a critical indicator of these weaknesses, highlighting the need to move towards needs-based and results-oriented planning models.

Key words: Comprehensive health care, Health planning, Long-term care People with disabilities and dependence, Mental disorders, Canary Islands.

Introducción

La integración de los sistemas sanitario y social constituye uno de los principales retos de los sistemas de bienestar contemporáneos. En este contexto, las estrategias sociosanitarias se han consolidado como instrumentos clave para abordar la complejidad de las necesidades derivadas de la cronicidad, la dependencia y la discapacidad. En Canarias, esta necesidad adquiere una especial relevancia debido al peso creciente de la población en situación de dependencia y a las características demográficas y territoriales del archipiélago.

En el marco del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), Canarias presenta un volumen elevado de personas con derecho reconocido a prestaciones. Según datos del Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), el número de personas con resolución de grado de dependencia supera las 65.000, de las cuales un porcentaje significativo –“en torno a 16.000 personas, según datos recientes del SAAD, con variaciones temporales según actualización administrativa (2,3)”– se encuentran pendientes de recibir una prestación o servicio efectivo, a pesar de tener reconocido su derecho. Esta situación, ampliamente documentada en informes del Observatorio de la Dependencia, evidencia una brecha estructural entre el reconocimiento administrativo de la necesidad y la capacidad del sistema para dar respuesta efectiva a la misma.

Esta situación tiene implicaciones directas en el funcionamiento del sistema sociosanitario, ya que una parte importante de la población con necesidades acreditadas de apoyo no dispone de recursos formales suficientes, trasladando la carga asistencial hacia el entorno familiar o hacia otros dispositivos, especialmente el sistema sanitario. El perfil predominante corresponde a personas mayores con pluripatología y deterioro funcional, aunque incluye también a personas con discapacidad y trastornos mentales, lo que introduce una notable heterogeneidad en las necesidades.

En este contexto de alta demanda, insuficiencia relativa de recursos y desigualdades territoriales, la Estrategia de Atención Sociosanitaria de Canarias 2025–2030 se plantea como el principal marco de planificación del sistema.

El documento se estructura en torno a principios como la atención centrada en la persona, la coordinación interinstitucional y la continuidad de cuidados (1, p. 18–22), e incorpora diferentes áreas de intervención, incluyendo la salud mental, la dependencia y la exclusión social (1, p. 30–35). Sin embargo, más allá de este marco conceptual, la estrategia presenta desde su propia formulación una orientación predominantemente declarativa, caracterizada por la formulación de objetivos generales sin desarrollo operativo equivalente.

En particular, la estrategia no incorpora estimaciones de necesidades, ni define objetivos cuantificados, ni establece ratios de recursos o criterios de cobertura. Esta ausencia de planificación basada en necesidades limita desde el inicio su capacidad para actuar como instrumento de ordenación del

sistema. Asimismo, el propio documento reconoce la necesidad de desarrollar un “mapa conjunto de recursos sociosanitarios” (1, p. 52), lo que evidencia la inexistencia de una caracterización previa de la red existente.

A esta limitación se suma la indefinición del modelo organizativo. Aunque se plantea la necesidad de mejorar la coordinación entre los sistemas sanitario y social, no se establecen mecanismos concretos, estructuras de gobernanza ni responsabilidades operativas claramente definidas (1, p. 60–65). Tampoco se articula de manera explícita con el Plan de Salud de Canarias. Lo que sugiere una fragmentación en la planificación pública y no se acompaña de un desarrollo metodológico explícito ni verificable en el documento”.

Asimismo, la estrategia presenta una escasa diferenciación entre perfiles de población, integrando distintos colectivos en un marco común sin desarrollar modelos específicos adaptados a sus necesidades. Esta homogeneización, unida a la ausencia de planificación territorial concreta y de indicadores de evaluación, refuerza la percepción de un instrumento más orientador que operativo.

En este contexto, el presente estudio tiene como objetivo analizar críticamente la estrategia desde una perspectiva estructural, incorporando el ámbito de la salud mental como caso ejemplar de las limitaciones identificadas.

Método

Se realizó un estudio de análisis documental basado en la revisión de la Estrategia de Atención Sociosanitaria de Canarias 2025–2030, publicada en el Boletín Oficial de Canarias (1). El análisis se centró en la existencia de planificación basada en necesidades, la definición de la red de recursos, los mecanismos de gobernanza y coordinación, la planificación territorial y la orientación a resultados.

Se llevó a cabo un análisis cualitativo del contenido, identificando tanto la presencia como la ausencia de estos elementos en el documento. Asimismo, se realizó un análisis específico del tratamiento de la salud mental, con especial atención a las referencias al trastorno mental grave.

Resultados

El análisis del contenido de la Estrategia de Atención Sociosanitaria de Canarias 2025–2030 pone de manifiesto una reiteración sistemática de elementos de carácter declarativo, con una limitada traducción operativa a lo largo de sus diferentes bloques. Esta característica se observa tanto en la formulación de objetivos como en el desarrollo de las líneas de actuación, y se produce en un contexto previo marcado por una elevada demanda de atención derivada de la dependencia y la discapacidad.

En primer lugar, en relación con la planificación basada en necesidades, el documento no incorpora estimaciones de demanda ni análisis cuantificados de la población diana en los distintos ámbitos de intervención (1, p. 40–45). Esta ausencia resulta especialmente relevante si se considera el volumen de personas con dependencia reconocida y, particularmente, el número significativo de personas pendientes de recibir prestación efectiva. La falta de integración de esta realidad en la planificación estratégica impide dimensionar adecuadamente el sistema y limita la capacidad de respuesta ante necesidades ya identificadas administrativamente.

Esta limitación adquiere especial relevancia cuando se contextualiza en relación con los datos del sistema de dependencia. La existencia de un volumen significativo de personas con grado reconocido pendientes de prestación efectiva pone de manifiesto que la ausencia de planificación

basada en necesidades no constituye únicamente una carencia teórica, sino que tiene consecuencias directas sobre la capacidad del sistema para atender situaciones ya evaluadas y reconocidas administrativamente (2,3).

En segundo lugar, el análisis de la red de recursos evidencia una falta de caracterización estructural del sistema sociosanitario. La propia estrategia plantea la necesidad de “avanzar en la definición de un mapa conjunto de recursos sociosanitarios” (1, p. 52), lo que indica que el documento no parte de un conocimiento integrado de la red existente. Esta carencia se traduce en la ausencia de una tipología definida de dispositivos, así como en la falta de información sobre su volumen, distribución territorial o grado de cobertura, en un contexto en el que ya se observan desajustes entre demanda y oferta de servicios.

En relación con el modelo organizativo, la estrategia identifica la coordinación entre sistemas como uno de sus ejes principales, pero su desarrollo se limita a formulaciones generales (1, p. 60–65). Esta indefinición resulta particularmente problemática en un sistema donde la existencia de personas con derecho reconocido sin prestación efectiva requiere respuestas coordinadas entre niveles asistenciales y administrativos.

Por otra parte, el análisis del documento pone de manifiesto una escasa concreción en la planificación territorial. A pesar de que la estrategia reconoce la diversidad geográfica del archipiélago (1, p. 25), no desarrolla criterios específicos para la distribución de recursos ni mecanismos para garantizar la equidad en el acceso, en un contexto donde ya existen diferencias territoriales en disponibilidad y tiempos de acceso a prestaciones.

Asimismo, la estrategia presenta una limitada orientación a resultados. No se identifican indicadores específicos de evaluación ni sistemas de seguimiento que permitan medir el impacto de las intervenciones propuestas, lo que dificulta el análisis de la capacidad del sistema para reducir la brecha existente entre derechos reconocidos y prestaciones efectivas.

Otro aspecto relevante es la escasa diferenciación entre perfiles de población. El documento aborda distintos colectivos dentro de un marco común, sin desarrollar itinerarios específicos ni modelos de atención adaptados a sus características. Esta aproximación generalista resulta especialmente limitante en colectivos con necesidades específicas, como las personas con trastorno mental grave.

En el ámbito específico de la salud mental, las limitaciones descritas se reproducen de forma particularmente evidente. Aunque la estrategia incluye este ámbito dentro de sus áreas de actuación (1, p. 30–35), el análisis detallado muestra que el tratamiento del trastorno mental grave se limita a una formulación general orientada a la necesidad de desarrollar recursos específicos (1, p. 70). No se identifican dispositivos concretos, ni se definen objetivos, ni se establecen mecanismos de implementación.

Además, las líneas de actuación potencialmente relacionadas con la salud mental –como la atención comunitaria, los modelos de vivienda o los equipos móviles– se plantean de forma transversal y no específica, sin una orientación diferenciada hacia este colectivo. Esta falta de especificidad dificulta la interpretación de su alcance real y su capacidad de impacto en la atención a las personas con trastorno mental grave.

En conjunto, los resultados evidencian que las principales limitaciones de la estrategia no solo se concentran en un área concreta, sino que se distribuyen de forma transversal en todo el documento y no incorporan adecuadamente el diagnóstico previo de demanda existente, especialmente en relación con la dependencia.

Discusión

El análisis realizado pone de manifiesto que la Estrategia de Atención Sociosanitaria de Canarias 2025–2030 presenta un patrón consistente de limitaciones estructurales que afectan de manera transversal a su capacidad de planificación y desarrollo. Estas limitaciones no se restringen a aspectos puntuales del documento, sino que configuran un modelo global caracterizado por la primacía de formulaciones declarativas sobre desarrollos operativos.

En primer lugar, la ausencia de planificación basada en necesidades constituye el elemento central que articula el conjunto de debilidades identificadas. Tal como muestran los resultados, la estrategia no incorpora estimaciones de demanda ni criterios de dimensionamiento del sistema, lo que impide establecer una relación explícita entre los objetivos formulados y los recursos necesarios para alcanzarlos. Esta desconexión entre fines y medios limita de forma significativa la capacidad del documento para orientar la toma de decisiones y para actuar como instrumento de planificación efectiva.

En segundo lugar, la falta de definición de la red de recursos introduce un grado adicional de indeterminación. La ausencia de una caracterización estructural del sistema, evidenciada por la necesidad de desarrollar un “mapa conjunto de recursos”, refleja que la estrategia no parte de un conocimiento integrado de la red existente. Como consecuencia, el documento no establece un modelo claro de dispositivos ni una planificación de su desarrollo, lo que desplaza la concreción de las medidas a fases posteriores no definidas.

Asimismo, la indefinición del modelo organizativo y de los mecanismos de gobernanza limita la viabilidad de la integración sociosanitaria propuesta. Aunque la coordinación entre sistemas se plantea como un eje central, la ausencia de estructuras operativas, circuitos asistenciales y responsabilidades claramente delimitadas introduce incertidumbre sobre la implementación real de las medidas. Esta debilidad resulta especialmente relevante en un contexto institucional caracterizado por la distribución competencial entre diferentes niveles administrativos.

En relación con la dimensión territorial, la falta de criterios específicos de planificación refuerza el carácter incompleto del modelo propuesto. A pesar de reconocer la diversidad insular, la estrategia no establece mecanismos que garanticen una distribución equitativa de los recursos, lo que puede contribuir a la persistencia o incluso al incremento de desigualdades territoriales en el acceso a los servicios.

Por otra parte, la ausencia de indicadores de evaluación y sistemas de seguimiento limita la orientación a resultados del documento. Sin estos elementos, la estrategia carece de herramientas para medir su impacto, lo que dificulta tanto la rendición de cuentas como la posibilidad de introducir mejoras basadas en la evidencia.

Asimismo, la estrategia incorpora una previsión global de inversión en torno a 1.300 millones de euros para el periodo de implementación. Sin embargo, el análisis del documento pone de manifiesto que esta estimación económica no se acompaña de un desarrollo metodológico explícito ni de un desglose operativo que permita vincular los recursos financieros con las necesidades identificadas. En particular, no se detallan criterios de asignación por tipo de recurso, distribución territorial, calendarización de la inversión ni costes unitarios asociados a los distintos dispositivos. Esta limitación dificulta asimismo la evaluación de la suficiencia de la inversión en relación con la demanda existente, especialmente en el contexto de personas con derecho reconocido a prestaciones aún no satisfechas.

Esta ausencia de trazabilidad entre financiación, planificación de recursos y resultados limita de forma significativa la utilidad de la estimación económica como instrumento de planificación. En la medida en que la estrategia no incorpora previamente una evaluación cuantificada de necesidades, la cifra global de inversión carece de un anclaje claro en la demanda real del sistema, lo que introduce incertidumbre sobre su adecuación y eficiencia.

Estas limitaciones, lejos de ser independientes, configuran un patrón estructural coherente que sitúa a la estrategia en un plano fundamentalmente orientador, con una capacidad limitada para guiar el desarrollo operativo del sistema sociosanitario. En este sentido, el documento cumple una función de definición de principios, pero no alcanza el nivel de concreción necesario para actuar como instrumento de planificación efectiva.

En este contexto, el análisis del ámbito de la salud mental no introduce elementos cualitativamente distintos, sino que permite observar con mayor claridad las limitaciones previamente identificadas. La salud mental actúa, en este sentido, como un campo especialmente sensible en el que las debilidades estructurales de la estrategia se manifiestan de forma más evidente.

Tal como muestran los resultados, el tratamiento del trastorno mental grave reproduce de manera casi completa el patrón general del documento. La ausencia de planificación basada en necesidades se traduce en la inexistencia de estimaciones de población, objetivos de cobertura o criterios de dimensionamiento de recursos. De igual modo, la falta de definición de la red se refleja en la ausencia de identificación de dispositivos específicos, mientras que la indefinición organizativa se expresa en la inexistencia de mecanismos concretos de coordinación entre servicios sanitarios y sociales en este ámbito.

Además, la integración de la salud mental dentro de un marco general de dependencia y discapacidad introduce un elemento adicional de dilución conceptual. Esta aproximación, aunque coherente desde una perspectiva integradora, dificulta la visibilidad de las necesidades específicas asociadas al trastorno mental grave y limita la posibilidad de desarrollar respuestas adaptadas a su complejidad.

La escasa concreción de las líneas de actuación, así como la ausencia de desarrollo en ámbitos clave como la rehabilitación psicosocial, el apoyo comunitario o la inserción laboral, refuerzan la idea de que el modelo propuesto no alcanza un nivel operativo suficiente. En este sentido, la salud mental no solo refleja las limitaciones de la estrategia, sino que permite evidenciar sus implicaciones prácticas en términos de organización de servicios y respuesta a necesidades complejas.

La persistencia de un número relevante de personas con derecho reconocido a prestaciones de dependencia sin acceso efectivo a las mismas constituye una evidencia empírica de las limitaciones estructurales identificadas. Este desajuste entre reconocimiento y provisión refuerza la hipótesis de que la ausencia de planificación basada en necesidades no solo limita el desarrollo del sistema, sino que contribuye a la cronificación de déficits asistenciales ya existentes.

Desde esta perspectiva, la principal aportación de este análisis radica en identificar la existencia de una brecha entre el reconocimiento conceptual de la necesidad de integración sociosanitaria y la capacidad real de planificación del sistema. Esta brecha no se deriva de la ausencia de principios o de orientación estratégica, sino de la falta de instrumentos operativos que permitan traducir dichos principios en intervenciones concretas.

En conjunto, los resultados sugieren la necesidad de avanzar hacia un modelo de planificación sociosanitaria más estructurado, basado en la identificación de necesidades, la definición de recursos, la clarificación de los mecanismos de gobernanza y la incorporación de sistemas de evaluación. Solo a través de este enfoque será posible transformar el actual marco conceptual en un sistema operativo capaz de responder de manera efectiva a la complejidad de las necesidades sociosanitarias.

La ausencia de planificación basada en necesidades emerge, en este contexto, como el principal obstáculo estructural para el desarrollo efectivo del modelo sociosanitario en Canarias.

Conclusiones

La Estrategia de Atención Sociosanitaria de Canarias 2025–2030 constituye un marco conceptual relevante, pero presenta limitaciones estructurales que dificultan su implementación efectiva. La ausencia de planificación basada en necesidades, la falta de concreción en los recursos y la debilidad de los mecanismos de coordinación limitan su capacidad transformadora.

El análisis del ámbito de la salud mental refuerza estas conclusiones, evidenciando la necesidad de avanzar hacia modelos de planificación más estructurados, operativos y orientados a resultados.

Contacto

Francisco Rodríguez Pulido • fpulido15@me.com

Referencias

1. Gobierno de Canarias. Estrategia de Atención Sociosanitaria de Canarias 2025–2030. Santa Cruz de Tenerife: Gobierno de Canarias; 2025.
2. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. Datos estadísticos. Madrid: IMSERSO; 2024.
3. Asociación Estatal de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales. Observatorio de la Dependencia. Informe anual 2024. Madrid: AEDGSS; 2024.

- Recibido: 20/03/2026.
- Aceptado: 26/05/2026.

La Participación social de personas usuarias en servicios sociales y de salud mental: experiencia y marco estratégico para su implementación.

Social Participation of Service Users in Social and Mental Health Services: Experience and Strategic Framework for Implementation.

Marta Rosillo Herrero. Psicóloga Clínica, Centro de Salud Mental del Hospital Universitario Jose Germain, Leganés, Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Profesora Asociada Departamento de Psicología Social, del Trabajo y Diferencial. Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid.

Carlos Salamero Platas. Psicólogo Clínico- Coordinador Centro de Rehabilitación Psicosocial de Martinez Campos. Centro propio de la Red Pública de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y duradera de la Consejería de Familia, Juventud y Asuntos Sociales de la comunidad de Madrid. Gestión Técnica Intress.

Almudena De Silva. Psicóloga. Master en Recursos Humanos por el Instituto de Empresa. Directora de Criterio Grupo de Evaluación. Consultora. Evaluadora acreditada del modelo EFQM.

Resumen: La participación de las personas usuarias en los servicios sociales y de salud mental constituye un derecho y una condición clave para su empoderamiento, recuperación e inclusión social. En este artículo se presenta la experiencia del Grupo de Avance Técnico (GAT) de Intress(1) en el desarrollo de un marco conceptual y estratégico de participación aplicable en diversas áreas de intervención. Se analizan los fundamentos teóricos, los modelos de niveles de participación, los factores facilitadores y obstáculos, y se ofrecen orientaciones prácticas para su implementación y evaluación. Esta experiencia pretende consolidar la participación como elemento transversal e integrador en el modelo de atención y gestión de las organizaciones sociales.

Palabras clave: participación, salud mental, empoderamiento, intervención social, servicios sociales, recuperación, rehabilitación psicosocial, trastorno mental.

Abstract: User participation in social and mental health services constitutes a right and a key condition for their empowerment, recovery, and social inclusion. This article presents the experience of the Intress Technical Advancement Group (TAG) (1) in developing a conceptual and strategic participation framework applicable to various intervention areas. The theoretical foundations, models of participation levels, facilitating factors and obstacles are analyzed, and practical guidelines for its implementation and evaluation are offered. This experience aims to consolidate participation as a cross-cutting and integrative element in the care and management model of social organizations.

Keywords: participation, mental health, empowerment, social intervention, social services, recovery, psychosocial rehabilitation, mental disorder.

Introducción

La participación como derecho y motor de transformación

La participación de los ciudadanos-usuarios en las organizaciones sociales o sanitarias está fundamentada en el derecho de todo ciudadano a participar de la construcción de la comunidad a la que pertenece. Vaya por delante que la participación está justificada porque lo que la justifica es un derecho. No obstante, el ejercicio de este derecho está lejos de verse aplicado no ya en su totalidad sino en aspectos relevantes como el cuidado de la salud y el bienestar.

La existencia de documentos oficiales que apoyan y recomiendan la participación como la Convención de las Naciones Unidas sobre derechos de las personas con Discapacidad (1), las sucesivas declaraciones de la Oficina Europea de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2,3,4), las recomendaciones de la World Psychiatric Association (WPA) (5), la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud en el Estado Español (6), la Ley 41/2002, Ley de Autonomía del Paciente (7) y la Ley 8/2021, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica (8), sirven de palanca y anclaje para favorecer estrategias y políticas activas que dirijan a las organizaciones en la meta común de facilitar el ejercicio de este derecho. Más allá del marco legal, la participación se concibe como condición para el empoderamiento y la recuperación de las personas con problemas de salud mental (OMS) (3).

Con estas premisas de derecho fundamental van apareciendo en el campo de la salud mental y servicios ofertados procesos de participación que pretenden impulsar el objetivo común de incrementar la participación de las personas usuarias en los recursos y acciones destinadas a dar atención a las personas que están atravesando problemas de salud mental grave, dicha participación alcanza acciones significativas en diferentes niveles que van desde la mejora de políticas, programas y servicios. (OMS, 2023) (9).

En este artículo queremos reflexionar sobre la importancia de la participación de las personas usuarias en los servicios sociales y de salud mental. Nos basamos en experiencias reales de Intress en los diversos recursos de rehabilitación psicosocial que gestiona y en el trabajo del Grupo de Avance Técnico (GAT), que ha elaborado un marco teórico-práctico para impulsar una participación real, más allá de encuestas de satisfacción o actividades puntuales.

Participación, Bienestar y Salud

Hoy por hoy nos es muy difícil pensar en la pérdida de la salud (mental) como una cuestión meramente individual, pues está estrechamente ligada a las condiciones de vida y a importantes factores sociales, contextuales y culturales, lo que venimos denominando los determinantes sociales de la salud. Precisamos de entornos y condiciones de vida saludables que nos lleven a ampliar nuestro bienestar, y por tanto cultivar una buena salud y una buena salud mental. De este modo mejorar nuestra salud y bienestar pasa por hablar de esos factores que influyen en la misma, como son nuestros entornos laborales, se piense en los espacios que nos cobijan, se reflexione acerca de nuestras relaciones y afectos, se abra el debate en torno a los cuidados, se planifiquen las atenciones, se negocien las intervenciones y tantas cosas más. ¿Y quién tiene que hablar de todo esto? Es habitual que estas decisiones sean tomadas en los niveles técnicos y profesionales, donde nos aferramos a una idea estandarizada y rígida sobre lo que debe ser la salud y su atención, corriendo el riesgo de perdernos la posibilidad de ampliar un concepto que es multidimensional y multifactorial y que se enriquece con el aporte de múltiples voces.

Hablar de salud en general y en particular de salud mental será por tanto hablar de diversidad, multiplicidad y variabilidad de formas de estar bien y recuperarse, será atender a la individualidad sin desestimar la contribución colectiva.

El plus para que las medidas que tomemos sirvan y nos sirvan a todas las personas, conocedoras de nuestra preferencia, necesidades y planes de vida, será la oportunidad de participar, contribuyendo tanto al proceso de toma de decisiones como de puesta en marcha y de evaluación de todo el proceso de atención y cuidado. Ese plus que da a la persona su protagonismo, que permite la confluencia de intereses, que invita al profesional a facilitar y “no guiar”, ese plus entendemos que es “La Participación”.

No obstante, la participación sigue estando abierta a debates y retos de los cómo, cuándo y porqués. Empecemos, a ser posible, por definir qué entendemos por participación: su definición.

Modelos teóricos de participación y definición

En la concepción clásica de Arnstein (10) se describen los niveles de implicación ciudadana como una escalera de ocho peldaños (Figura 1).

En los dos primeros peldaños, el grupo que toma decisiones no comparte nada con los ciudadanos, al contrario, su verdadero objetivo es «educarlos» o «curarlos». En los tres siguientes escalones, la participación es puro formalismo, las partes implicadas se escuchan, pero los ciudadanos-usuarios carecen de voto y por lo tanto de influencia. Solamente los tres últimos peldaños incluyen verdadera participación, se da la posibilidad de intercambio y negociación para finalmente recaer el poder mayoritariamente en manos de la ciudadanía.

Además, siguiendo el marco de los determinantes sociales de la salud, se puede explicar cómo la participación social es un mecanismo clave de redistribución de poder que permite abordar las desigualdades sociales (11, 12) generando nuevos esquemas que recogen los distintos niveles de participación posibles. Uno de ellos es el que se propone en la guía “Participación comunitaria: mejorando la salud y el bienestar y reduciendo desigualdades en salud” (13), en el que se pone el foco en llegar a niveles de participación comunitaria a partir del nivel 3 (Figura 2).

Este modelo se centra en el grado de interacción (intercambio de información e influencia en la toma de decisiones de las personas o grupos participantes). Pero hay otras dimensiones que es importante tener en cuenta, como son el alcance (a cuántas personas se está implicando, no es lo mismo tener un nivel 5 de participación concentrado en 5-10 personas que en 3000) y la amplitud (la diversidad de las personas que participan: si participan las de siempre, las que tienen muy integrada la cultura de la participación o participa gente diversa, de diferentes perfiles socioeconómicos y culturales).

Tanto la escalera de la participación como los niveles y grados de interacción han de interpretarse desde una naturaleza dinámica y evolutiva de la implicación de los usuarios, que no responde a una concepción de linealidad sino cambiante, donde las diversas personas en distintos momentos y contextos pueden aspirar a grados y clases de participación diferentes.

A la hora de implementar la participación en los servicios tendremos presentes también que esta se organiza en torno a dos ejes, el trabajo con la persona y el trabajo con la comunidad, adquiriendo así su carácter dimensional, pues se inicia en lo individual y adquiere sentido en lo colectivo. Se parte de la idea que los servicios son espacios para la participación y facilitadores de la participación comunitaria (In and out), siendo la participación un elemento transversal que recorre todos los niveles de intervención de los servicios, el nivel individual, el nivel grupal y el nivel comunitario. De este modo “la participación se convierte en una condición, en una herramienta, en un escenario y en una meta de la Intervención” (Figura 3).

Todo esto tiene implicaciones importantes más allá del área de confort de los servicios pues impacta de lleno en la transformación de una entidad social como Intress que ha de posibilitar la participación de los colectivos a los que se dirige en todos los niveles de la organización, su política organizacional, la planificación estratégica, su gestión, la evaluación y su sistema de calidad, la formación, la investigación, y cómo no, en el modelo de atención en que sustenta sus prácticas técnicas.

Metodología

La participación real de las personas que atendemos debe ir mucho más allá de contestar de forma regular a encuestas de satisfacción. La participación significa tener la capacidad, la voluntad y el poder de hacer propuestas y lograr cambios en el entorno de vida. Por ello, buscamos que las personas atendidas aumenten su participación e implicación no solo en la gestión del servicio en el que estén, sino también en el desarrollo y la mejora de Intress en su conjunto.

Se constituyó un Grupo de Avance Técnico (GAT) interdisciplinar con representantes de todas las áreas técnicas de Intress. Su objetivo fue elaborar un marco teórico-práctico común que definiera la participación y ofreciera herramientas para su implementación. La metodología fue participativa, inductiva y basada en experiencias reales de los servicios.

Para este trabajo recopilamos información sobre experiencias de participación de personas usuarias en distintos servicios de atención de Intress. Con ello quisimos mostrar que la participación no solo es necesaria y posible, sino que ya se está llevando a cabo en mayor o menor medida en diversos contextos.

Uno de los principales criterios de selección fue poner el foco en aquellas acciones de participación real y efectiva, ajustadas a las consideraciones que el propio GAT había identificado en su reflexión.

También se valoró la pluralidad: tanto de áreas de intervención como de territorios, con el fin de recoger prácticas participativas diversas y representativas.

Se documentaron múltiples ejemplos de participación efectiva en las áreas de salud mental, infancia, mayores, justicia y género. Algunas de las experiencias concretas seleccionadas fueron: Grupos de Apoyo Mutuo, Programas de mentoría en los servicios, Grupo multifamiliar, Planificación Centrada en la Persona, Equipos de Gestión Compartida, Asambleas participativas, Liderazgo de actividades, Formaciones en primera persona, presentación en Jornadas y congresos, Acciones de visibilización y lucha contra el estigma, participación en acciones comunitarias, mesas ciudadanas (género, empleo, salud, cultura...), Mapeos de Activos, Programas de Radio Comunitaria, Laboratorios Bibliotecarios, intervención en áreas educativas de Museos, procesos de revisión participativa del modelo de atención de Intress...

Resultados

Definición institucional de participación

Que es participación en Intress

“Entendemos por participación, el derecho de las personas de tomar parte en las decisiones que afectan a su vida. Por ello, la participación es una condición, es una herramienta, es un escenario y es una meta de la Intervención” <https://youtu.be/ttnR9LhBDcM>.

Sep 2017. Grupo de avance técnico en participación

Aspectos facilitadores y obstáculos a la participación

Como señala Agnetti (14), “paradójicamente, en un mundo cada vez más globalizado, en el que los mecanismos de poder son difícilmente controlables, el crecimiento de la necesidad de participación está en expansión” (p. 238). Hoy se buscan cada vez más la opinión y las preferencias de los ciudadanos-

usuarios-consumidores, y esto abre también la posibilidad de orientar y exigir políticas relacionadas con nuestra vida. Expresar una opinión permite incidir en los procesos de decisión que nos competen y abrir caminos para transformar nuestra vida y nuestras sociedades.

Ahora bien, existen resistencias y obstáculos, fruto de luchas de poder, inercias y costumbres:

- Balance de responsabilidades. ¿De quién es la responsabilidad de tomar decisiones en salud mental? Con frecuencia se deposita en la autoridad científico-técnica (psiquiatras, psicólogos, personal de enfermería). Es necesario redefinir quién decide sobre la intervención y sobre la vida de las personas.
- Dificultad del diálogo. A veces cuesta reconocer, desde el supuesto saber científico, que “el rey está desnudo”; que necesitamos desaprender para construir juntos otros saberes. Hace falta escuchar más, entrelazar discursos, menos monólogos y más “buenas conversaciones” (Sigman, 2022) (15), más polifonía y afán dialógico (Seikkula y Arnkil, 2015) (16)
- Falta de motivación. Muchas personas llegan a los servicios con una historia de desconfirmaciones que alimenta la desesperanza y la baja expectativa de participar en decisiones: “¿De verdad me quiero meter yo en todo esto?”. De ahí la importancia de generar espacios de participación interesantes, divertidos y con capacidad de despertar curiosidad.
- Confusión entre información y participación. Como vimos antes (Figura 2), recibir información puede ser un primer paso, pero no es suficiente. Consumir actividades no equivale a participar. Desde los servicios necesitamos fomentar una auténtica cultura de participación, amplia y plural, que incluya a las personas usuarias, familias, equipos y actores comunitarios.
- Profesionales. Sus actitudes son clave para facilitar o dificultar la participación. Obstaculizan las visiones estigmatizantes, el temor y la desconfianza, compartidas a veces por políticos, sanitarios y usuarios (17). En cambio, los nuevos modelos de relación corresponsable y horizontal entre profesionales y usuarios generan cambios en los roles y en la distribución del poder.
- Recursos. Mejorar la participación requiere voluntad y compromiso de líderes y servicios, además de recursos personales, materiales y económicos. Hace falta creatividad para generar canales accesibles y vías reales de participación, que puedan incluso inspirar cambios legislativos. La ley general de derechos de personas con discapacidad es un ejemplo de cómo garantizar accesibilidad para la participación.

Niveles y dimensiones, Elementos constitutivos de la participación, Querer, Saber y Poder

Toda participación persigue un cambio en algún nivel, personal, del entorno cercano, socio comunitario, institucional... El cambio puede ser en las actitudes, en las conductas, o en la gestión. El cambio, a nivel personal tienen que ver con el empoderamiento de las personas, la creación de un proyecto de vida propio y significativo.

Para participar necesitamos la conjunción de los tres elementos-querer, saber y poder- que la hacen posible:

- Querer hace referencia al componente afectivo motivacional de la tríada. Se necesita curiosidad y creer en la posibilidad de cambio. Desde los servicios se puede fomentar esta motivación con encuentros que faciliten el intercambio entre profesionales comprometidos con el modelo, expertos en primera persona y personas que se incorporan al centro, para transmitir la cultura del servicio a las personas recién llegadas. Estos encuentros pueden ir dirigidos a fomentar la esperanza, ofreciendo modelos de recuperación desde los expertos por experiencia, pasando a ser un elemento inspirador.

- **Saber.** Querer nos lleva a explorar, a mirar qué se ha hecho en otros lugares y qué conocimientos existen acerca de los diversos temas en los que queremos participar para conseguir aquello que deseamos. Además de buscar un cuerpo de conocimiento (y/o de construirlo), saber tiene que ver con la reflexión y la búsqueda de posibilidades y alternativas. Si el primer elemento nos da la inspiración, la energía, este nos da la dirección del cambio. En los servicios podemos fomentar el saber mediante la formación, la capacitación y el apoyo, por ejemplo, haciendo cursos de mentores o facilitando la asistencia de las personas a diversos foros y cursos, y mediante el desarrollo de espacios de reflexión.
- **Poder.** En el contexto que nos ocupa, “poder” tiene relación con entrar en acción, con las habilidades y competencias que entran en juego, con la exploración mediante la acción de las posibilidades imaginadas. ¿Qué accesibilidad y canales desarrollamos en los servicios para facilitar la participación? ¿Qué estímulos “a la mano” se ofrecen para dar la oportunidad de entrar en acción? Establecer las condiciones y procesos que faciliten la participación de las personas pasará por generar vías, medios, canales, entornos y lenguajes, accesibles e inclusivos, pasará por tanto por identificar sus barreras y facilitadores introduciendo los criterios de género, edad, nivel socioeducativo e incorporando enfoques que tengan presentes la diversidad funcional y la interculturalidad. Al poner en marcha la participación hemos de tener presentes también los recursos tanto humanos, como materiales, temporales y económicos que garanticen la participación.

Estos elementos se combinan en un proceso de inspiración, acción y reflexión que pueden llevarnos en un círculo virtuoso a profundizar cada vez más en la participación y el empoderamiento (Figura 4).

La participación se aborda desde cuatro niveles: individual, de servicio, comunitario y político-institucional. Además, se articula en torno a tres ejes interrelacionados: querer, saber y poder.

Se identifican barreras estructurales, actitudinales y culturales, incluyendo resistencias profesionales, baja motivación de las personas usuarias y limitaciones de recursos. Como facilitadores destacan el liderazgo institucional, la formación, los espacios dialógicos y la visibilidad de experiencias en primera persona.

Orientaciones para la Implementación de la Participación

En este apartado se proponen a modo de líneas orientadoras una propuesta de actuación que guíe el trabajo de implementación de la participación en el nivel organizativo que deseemos (Ej: nivel servicio, nivel organización, nivel comunidad...). Hay que apuntar que cada una de las líneas orientadoras se apoya técnicamente en lo que hemos expuesto hasta ahora y que se trata no de un proceso lineal con meta definida, sino de un proceso cíclico que ayuda a identificar nuevos objetivos y retos que dan continuidad a la implementación de la participación, cada vez más enriquecedora y abierta a nuevas vueltas del ciclo en crecimiento exponencial (Figura 5).

1. Establecer un lenguaje común a partir del modelo de atención centrado en la persona establecido en la organización.
2. Preparar el proceso de participación, hacer una reflexión conjunta en el servicio: ¿qué es participar? Incluir a los principales grupos de interés (usuarios, profesionales, familias...).
3. Valorar donde está el servicio en lo referente a la participación, por ejemplo, aplicando una escala destinada al efecto y considerando las dimensiones. Un ejemplo de escala puede ser la escala de participación de Gómez Beneyto (17).
4. Realizar un informe diagnóstico: identificar puntos fuertes y áreas de mejora. Poner en valor los puntos fuertes.

5. Elaborar un plan de acción con uno o dos objetivos que permita caminar al siguiente nivel de participación.
6. Implantar el plan de acción. Se pueden utilizar algunas herramientas como, por ejemplo: grupos focales, tormenta de ideas, asambleas, mentorización, comisiones, storytelling dinámica grupales, jornadas de reflexión conjuntas...
7. Una vez implementado el plan de acción, evaluar el grado de cumplimiento de objetivos y el nivel de participación en el que está el servicio.
8. Reiniciar el proceso para continuar desarrollando la participación en el servicio.

Discusión

A lo largo de este texto hemos visto que la participación no es solo un derecho respaldado por la legislación y por múltiples documentos institucionales: es, además, una condición necesaria para el empoderamiento y la recuperación de las personas que atendemos, como recoge la OMS (3).

La participación es un elemento transformador. Tiene repercusiones en distintos niveles: impulsa la recuperación individual y la capacidad de autogestión, modifica la mirada y el rol de los profesionales, transforma las relaciones “ellos/nosotros”, abre oportunidades de gestión y, en última instancia, genera cambios sociales, estructurales, legales y políticos. Todo ello está ampliamente documentado en la Guía PARTISAM (18).

A medida que la persona usuaria se siente más capaz de tomar decisiones y de controlar su participación en los recursos, deja de percibirse únicamente como receptora. Ese cambio se concreta en:

- Asumir responsabilidad personal en su propio cuidado.
- Mejorar de manera significativa la asertividad.
- Verse a sí misma como miembro competente de la sociedad.
- Aumentar la confianza en sí misma y transmitir esperanza.
- Contribuir a cambiar la cultura de su entorno, ampliando los niveles de participación social.
- Reducir de forma significativa el autoestigma.
- Ganar control sobre su destino en los recursos e incidir en las estructuras organizativas.
- Obligar a los profesionales a una revisión continua de los modelos de intervención y servicios, manteniendo “procesos vivos” (Figura 6).

El desarrollo de un modelo más participativo e inclusivo dentro de la intervención social no está exento de dificultades, pero contamos con instrumentos para promoverlo. Para que las experiencias tengan continuidad y se conviertan en referentes, es necesario articular herramientas normativas, técnicas y metodológicas, así como integrar la participación en todas las fases del ciclo de intervención.

Además, la participación debe impregnar todos los niveles de la organización, e incluso extenderse al ámbito político e institucional. Como señala Mikel Muñarriz en su ya célebre texto “Sin ti no soy nada”, para lograr un modelo de atención participativo “o lo hacemos juntos todas las partes implicadas, o no se hará” (19).

La experiencia de Intress demuestra que la participación efectiva no surge de manera espontánea: requiere estructuras, formación, liderazgo, voluntad política y una cultura organizacional que la favorezca. Su implementación debe ser progresiva, evaluada y adaptada a cada contexto, evitando así la participación meramente simbólica o manipulada.

En este sentido, es importante recordar que la participación no es un fin en sí mismo, sino un medio para alcanzar autonomía, recuperación, justicia social y eficacia en la intervención.

Conclusiones

El modelo de participación desarrollado por Intress propone una hoja de ruta viable, adaptable y replicable para otras entidades del ámbito psicosocial. Al reconocer a las personas usuarias como sujetos activos y corresponsables, se avanza hacia modelos de atención más democráticos, sostenibles y humanizados.

La participación de las personas en los servicios sociales y de salud mental no es un añadido ni un gesto simbólico: es la base sobre la que se construyen procesos de recuperación reales y sostenibles. Participar significa poder decidir sobre la propia vida, influir en el entorno inmediato y, en muchos casos, transformar también las estructuras sociales y políticas.

A lo largo de este trabajo hemos visto que la participación es un derecho, una herramienta y una meta. Hemos mostrado ejemplos concretos en distintos servicios de Intress que demuestran que no solo es posible, sino que ya está ocurriendo, aunque de manera desigual y con muchos desafíos por delante.

Para que la participación sea real, se necesita trabajar en tres frentes:

- Querer: motivar, despertar curiosidad, sembrar esperanza.
- Saber: formarse, reflexionar, construir conocimiento.
- Poder: contar con recursos, accesibilidad y canales efectivos para entrar en acción.

Los efectos positivos son evidentes: empoderamiento personal, cambios en la relación entre profesionales y usuarios, nuevas formas de gestión y transformaciones sociales de mayor alcance.

El reto ahora es consolidar una cultura de participación en todos los niveles: individual, de servicio, comunitario y político-institucional. Esto implica voluntad política, liderazgo organizacional, recursos, creatividad y, sobre todo, un compromiso compartido entre todas las partes implicadas.

Como señalaba Muñarriz: “O lo hacemos juntos, o no se hará” (19). Esa es la clave para que la participación deje de ser un eslogan y se convierta en una práctica cotidiana que transforme vidas y comunidades.

Contacto

Marta Rosillo Herrero • 607 70 35 52
mrosillo@salud.madrid.org • mrosil04@ucm.es • mrosillo_herrero@hotmail.com

Referencias Bibliográficas

- (1) Organización de las Naciones Unidas (ONU). Convención Internacional de los derechos de las personas con discapacidad. 2006.
- (2) Organización Mundial de la Salud (OMS), Oficina Regional para Europa. Declaración europea de Salud Mental. 2005.
- (3) Organización Mundial de la Salud (OMS), Oficina Regional para Europa. Empoderamiento del usuario en salud mental. Madrid: Organización Mundial de la Salud Europa (OMS), Oficina Regional para Europa, 2010.
- (4) Ley 26/2011, de 1 de agosto, de adaptación normativa a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. BOE, 2 de agosto de 2011;184:87478-94. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2011/08/02/pdfs/BOE-A-2011-13241.pdf>
- (5) Wallcraft, Jan; [et al.]. Partnerships for better mental health worldwide: WPA recommendations on best practices in working with service users and family carers. World Psychiatry. 2011.
- (6) Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2022-2026 Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, Centro de Publicaciones, 2022. Accesible en: https://www.sanidad.gob.es/bibliotecaPub/repositorio/libros/29236_estrategia_de_salud_mental_del_Sistema_Nacional_de_Salud_2022-2026.pdf
- (7) 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. BOE, 15 de noviembre de 2002;274: 40126-32. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2002/11/15/pdfs/A40126-40132.pdf16>
- (8) Ley 8/2021, de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica. BOE, 03 de septiembre del 2021. A-2021-9233. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/l/2021/06/02/8/con>
- (9) Marco de la OMS para la participación significativa de las personas con enfermedades no transmisibles y afecciones de salud mental y neurológicas [WHO framework for meaningful engagement of people living with noncommunicable diseases, and mental health and neurological conditions]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2023.
- (10) Arnstein S., «A Ladder of Citizen Participation», Journal of the American Institute of Planners 1969, 35: 216-24.
- (11) Casseti V, López-Ruiz V, Paredes-Carbonell JJ, por el Grupo de Trabajo del Proyecto AdaptA GPS. Participación comunitaria: mejorando la salud y el bienestar y reduciendo desigualdades en salud. Zaragoza: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social-Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud: 2018. 65 p.
- (12) Escartín P, López V, Ruiz-Giménez JL. La participación comunitaria en salud. Comunidad. Noviembre 2015; 17(2): 16.
- (13) Ministerio de Sanidad. Acción comunitaria para ganar salud. O cómo trabajar en red para mejorar las condiciones de vida. Madrid, 2021. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/entornosSaludables/local/estrategia/herramientas/guiaAccionComunitaria.htm>
- (14) Germana Agnetti (2017). Empoderamiento y recuperación. En Antonio Maone y Bárbara D'Avanzo (comp). Recuperación. Recovery: nuevos paradigmas en salud mental. Madrid. Psymática.
- (15) Sigman M. (2022). El poder de las palabras. Barcelona. Debate.

- (16) Jaakko Seikkula y Tom Erik Arnkil (2016). Diálogos terapéuticos en la red. Barcelona. Herder.
- (17) Gómez Beneyto M. La participación de los usuarios, ¿Qué opinan los profesionales? Encuesta sobre las actitudes de los profesionales de salud mental hacia la participación de los usuarios en la gestión de los servicios. En: Carmona J, Río Noriega F, editores. Gestión Clínica en Salud Mental. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN), 2009: 161-72. Disponible en: <http://www.aen.es/inde>
- (18) Fernández de Sevilla Otero, Juan Pablo (coord.); San Pío Tendero, María Jesús (coord.); [et al.]. "Guía Partisam: promoción de la participación y autonomía en Salud Mental". Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN), 2014.
- (19) Munarriz Ferrandis, M (2013). Sin ti no soy nada. Participación de usuarios en Salud Mental. Mikel. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 33 (118), 239-242.

- Recibido: 10/02/2026.
- Aceptado: 08/05/2026.

Figura 1. Escalera de Participación



Figura 2. Niveles y grados de interacción en un contexto de participación. Elaboración propia a partir del modelo de niveles de participación comunitaria de AdaptA GPS

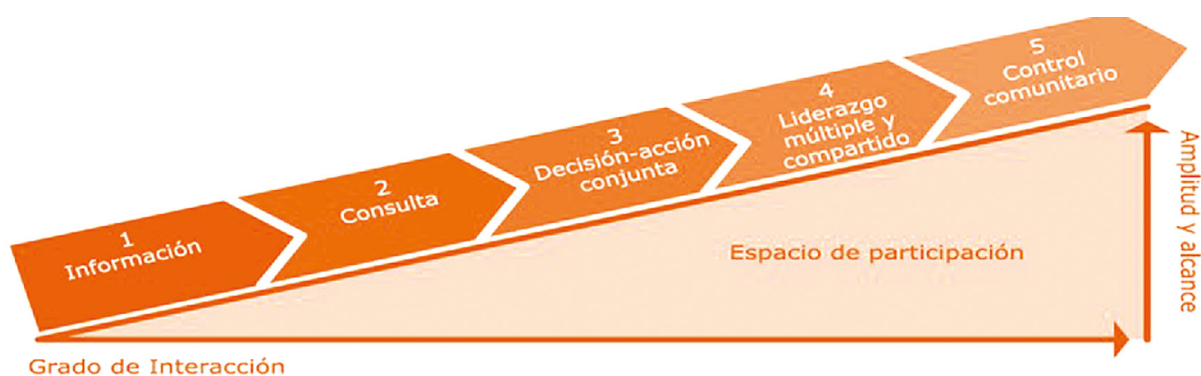


Figura 3. Infografía. Participación adaptación del Grupo de trabajo de Participación de Intress, Jornadas de Reflexión Conjuntas Profesionales x Usuarios en atención (2018)

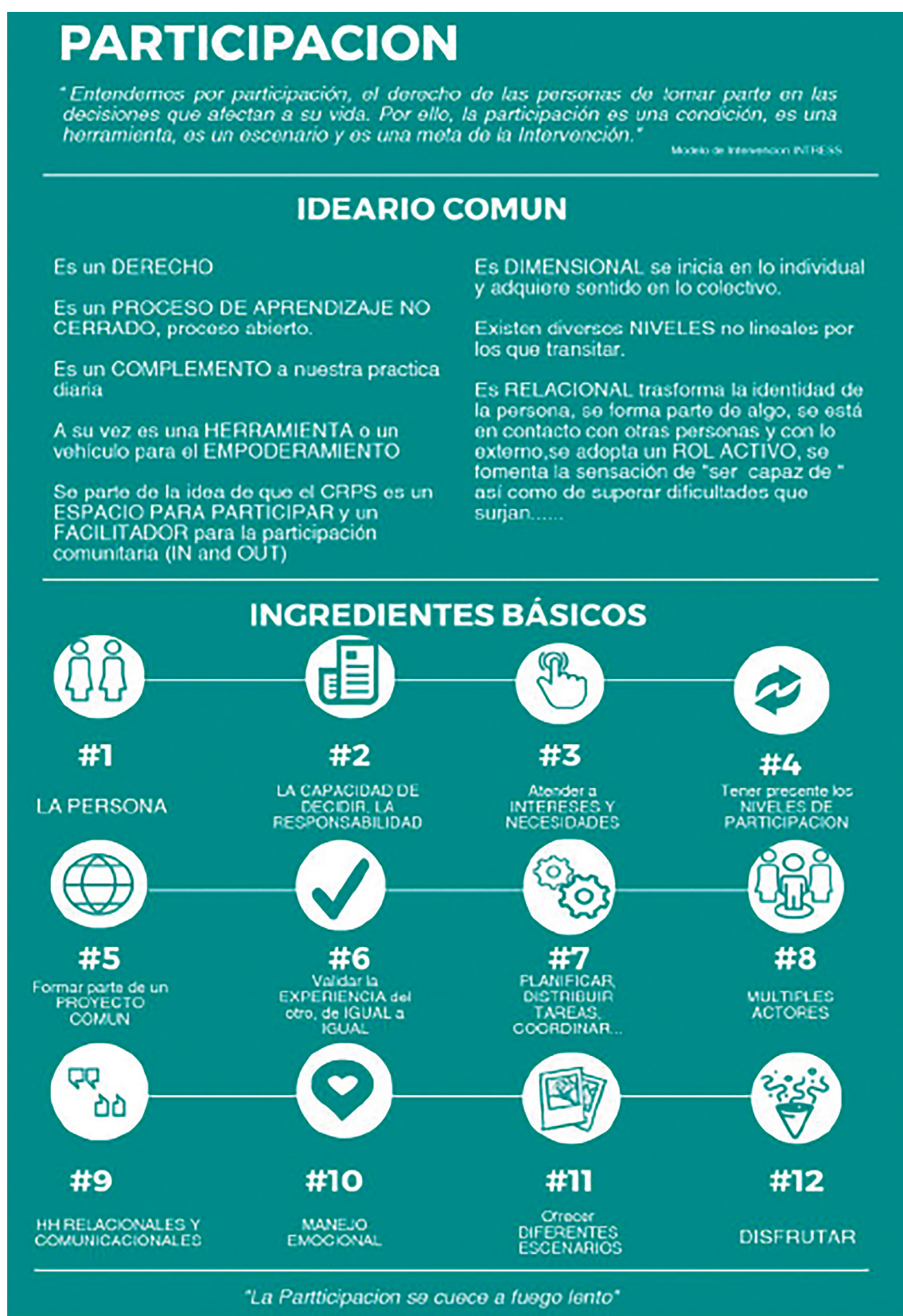


Figura 4. Circulo virtuoso de participación y empoderamiento



Figura 5. Propuesta para implementar la participación en los servicios de atención



Figura 6. Efectos de la participación de usuarios en los servicios



10 años del Congreso Internacional de Entrevoces / 7th Hearing Voices. Memoria Histórica del Colectivo Loco y Psiquiatrizado en España.

Miguel Otero Rúa. Superviviente de la psiquiatría.

Hace diez años, el ciclo político español que comenzó con la crisis de 2008, sus consecuencias en términos de movilizaciones, proyectos y candidaturas, y la clara avalancha de cultura democrática radical, dejaron su marca en el campo de la salud mental. Palabras como horizontalidad, participación, empoderamiento... resonaron con fuerza y prometían cambiarlo todo.

Hearing Voices es una organización que, partiendo del fenómeno de la escucha de voces y reuniéndose para compartir y entender la experiencia, cuestiona la forma en que se entiende y aborda la salud mental. El fenómeno de escuchar voces se acepta generalmente, incluso hoy en día y con toda la evidencia acumulada, como un síntoma inequívoco de psicosis.

En la década de 1980, el psiquiatra holandés Marius Romme, fundador de la organización junto con la también psiquiatra Sandra Escher, descubrió que escuchar voces era sorprendentemente común y extendido entre la población general, y no era necesariamente una experiencia negativa o traumática, que implicara una desconexión de la realidad o que necesariamente tuviera que resultar en un ingreso forzoso en una unidad psiquiátrica de agudos. Parecía ser más bien una función mental humana que, en resumen, es algo así como la "externalización" y "personificación" del diálogo interno sin tener necesariamente un componente patológico en sí misma.

Desde entonces, *Hearing Voices*, con presencia en todo el mundo (Portugal, Francia, Italia, Bélgica, Grecia, Brasil, Bosnia y Herzegovina, Serbia, Finlandia, Islandia, Reino Unido, Australia, Estados Unidos, Irlanda, etc.), trabaja en la investigación y despatologización de la escucha de voces. Como consecuencia y extensión lógica de ello, ha sido inevitable que haya conectado con otras críticas existentes al modelo psiquiátrico hegemónico y con denuncias de violaciones de derechos humanos, tratos inhumanos, degradantes y torturas cometidas en nombre de la salud mental.

El 5 de noviembre de 2015, *Hearing Voices* celebró su séptimo congreso internacional en España, en Alcalá de Henares. Bajo el nombre de Entrevoces, reunió a muchas de las principales referencias internacionales críticas con el paradigma de la salud mental, profesionales que trabajan en proyectos destacados y enfoques alternativos, y militantes que defienden los derechos del colectivo, especialmente en el contexto de los servicios de atención a la salud mental.

El programa de ponencias, mesas y talleres incluían identidades migrantes en las culturas de acogida, la transmisión transgeneracional del trauma derivado de la violencia política, la violencia y la agresión en entornos sanitarios, las crisis económicas, la pobreza y la desigualdad y su relación con los trastornos mentales, el efecto de las penas de prisión en la salud, las políticas de austeridad... Unas características y amplitud de temas inusual para lo que aún suele entenderse como un congreso sobre salud mental, pero es precisamente la transversalidad de la salud mental y su fuerte relación con los llamados determinantes sociales de la salud lo que pretendía mostrar. Esto iba mucho más allá del enfoque biologicista habitual que afirma trabajar con fallos neurológicos, receta neurolépticos y aparca al individuo en una asociación donde sobrevive entre talleres de rehabilitación psicosocial y una inserción laboral para el colectivo loco que no baja del 80% de desempleo.

En el congreso de Entrevoces se pretendía mostrar que los problemas de salud mental, el sufrimiento psíquico, es aquello que surge y desarrolla síntomas cuando los problemas sociales se vuelven asfixiantes y sin solución. Además, el abordaje de estos problemas, que son relacionales, familiares y comunitarios, se revelan en última instancia relacionados con desigualdades y conflictos sociales.

Y junto al análisis y la crítica, el congreso incluía las propuestas y proyectos que abordan el trabajo de intervención desde un marco social, como el modelo de Diálogo Abierto originario de Finlandia, las familias de acogida de la Fundación de Cuidado Familiar de Gotemburgo, los proyectos de radios locas en varios países, el trabajo a través de grupos de *Hearing Voices* en prisiones del Reino Unido, las múltiples formas de expresión artística como vía y apoyo a la recuperación, la reconstrucción de los roles profesionales en el nuevo paradigma, los mapas locos, la autogestión y politización del malestar como proceso de empoderamiento y recuperación, las herramientas y mecanismos jurídicos para la defensa de los derechos del colectivo loco...

Tan solo un mes después de la finalización del congreso, varias asistentes, entre ellas dos referentes del movimiento en España, Irene Hernández Arquero y Marta Plaza, organizaron la primera asamblea de FLIPAS GAM, lo que serían los grupos de apoyo mutuo en salud mental de Madrid. Hoy es una de las pocas organizaciones que continúan desde la época en que este y otros grupos nacieron tras el VII Congreso Mundial de *Hearing Voices*.

Desde sus inicios, FLIPAS GAM ha incorporado gran parte de lo presentado en el congreso Entrevoces en dos facetas que son caras de una misma moneda. Por un lado, es un grupo de intercambio de herramientas, recursos y conocimientos sobre la locura, el cuidado y el autocuidado, con el objetivo de facilitar procesos de autoconocimiento y recuperación. Por otro lado, son un grupo militante por los derechos de las personas con problemas de salud mental y, en coherencia con la transversalidad del sufrimiento psíquico, hacen alianzas con otras luchas y colectivos como el LGTB+, las personas migrantes, el feminismo o los colectivos de afectadas por las hipotecas. Además, señalan los déficit, abusos y corrupciones del sistema de salud mental y denuncian las condiciones sociales como causa del sufrimiento psíquico.

El congreso fue un gran éxito y tuvo una repercusión visible en los medios de comunicación (El País, SER, El Mundo, RNE, etc.), impulsando lo que se conoce genéricamente como el Movimiento de Supervivientes de la Psiquiatría en España y consolidando las relaciones entre los agentes sociales en primera persona (integrados por personas con trastornos mentales, sean o no usuarias de los servicios).

Asociaciones como Activament (asociación catalana), Radio Nikosia (radio loca que emite en la radio libre Contrabanda de Barcelona), Hierbabuena (Asturias), la Federación Andaluza En Primera Persona, Radio Prometea (radio loca de Galicia integrada en la radio comunitaria CUAC FM), Arcadia Clubhouse de Sevilla (promovido por el tenaz Martín Téllez), Proyecto Zorba, Otra Esquizofrenia Es Posible y otros grupos dispersos por todo el estado, formales e informales, formaron una red que colaboró y se sintió interpelada por el congreso de 2015, una red que ya estaba en pleno auge. Se trataba de organizaciones dirigidas y gestionadas por el propio colectivo, y cuando participaban profesionales, solían hacerlo desde una posición secundaria. La Asociación Hierbabuena, con referentes como Patricia Rey Artime y Tomás López Corominas, fue, de hecho, la organizadora en Asturias del primer Día del Orgullo Loco celebrado en España en 2010, aunque no fue hasta 2018 que se celebró a nivel estatal. En cuanto a la creación de nuevos grupos, además de FLIPAS GAM, han surgido otros en diversas partes de España. Entre ellos, la Red GAM en Valencia (impulsado por Lola Escalona), Orgullo Loco Madrid, GAMMA Albacete (con su activo Acción Demente), el GAM de mujeres no mixto en A Coruña (el segundo grupo no mixto de mujeres de España después del iniciado en FLIPAS GAM), Ourense, Toledo... Estos GAM y colectivos han experimentado distintos grados de éxito, y algunos no solo continúan, sino que marcan tendencia, como es el caso de Orgullo Loco, con otra destacada referente del colectivo, Fátima Massoud, que más recientemente participa en el proyecto de La Bajona Colectiva.

Unos meses después del congreso, el colectivo organizador separó sus dos facetas bajo dos nombres diferentes. Una iniciativa sería Entrevoces, con la intención de promover una red estatal vinculada a

Hearing Voices, capaz de capitalizar tanto la apertura generada por el congreso como su conexión con la red internacional, lo que aportaría una sólida experiencia y capital cultural, científico y práctico. La otra sería Locomún, un enfoque más politizado, vinculado a movimientos de base como centros sociales y comprometido con enfoques transversales, como ya ocurría en Madrid en el CSOA La Ingobernable o CSA de 3 Peces, que ya albergaba actividades y grupos de FLIPAS GAM.

A principios de 2016, Entrevoces/Locomún detectaron una particular resistencia en foros profesionales a la implantación de *Hearing Voices* en España. Si bien los GAM no afiliados a *Hearing Voices* eran aceptables, parecía existir el temor dentro del sistema de no poder cooptar una entidad como *Hearing Voices*, que perturbaría significativamente la estructura de poder existente y funcionaría como un contrapoder eficaz a la influencia de la industria farmacéutica y su *marketing* ideológico biologicista.

Tras el intenso esfuerzo organizativo y la posterior “digestión”, el cansancio y la desorientación dentro del grupo eran comprensibles, pero también provocaron algunas salidas, críticas y disenso. El grupo cambió su nombre a simplemente Locomún, disolvió Entrevoces y abandonó la idea de vincularse a la red internacional *Hearing Voices*. La atención del grupo se centró en criticar el sistema y reformarlo, como en la importante y necesaria campaña #0contenciones contra el uso de la contención mecánica, una práctica común y normalizada, pero definida por la ONU como trato inhumano, degradante y tortura.

Un sector dentro de Entrevoces, a medio camino entre este y FLIPAS GAM, concibió el desarrollo de proyectos más autónomos, conectados con la economía social, con el objetivo de crear una red alternativa capaz de “hacerlo”, sirviendo como ejemplo, una red de espacios seguros para el cuidado y el refugio, una “propaganda basada en hechos” o, más precisamente, de “política prefigurativa”. Su estrategia era difundir y apoyar el modelo de Grupos de Apoyo Mutuo como FLIPAS GAM o proyectos en la línea de La Porvenir que surgió posteriormente. Se esbozó un proyecto a largo plazo para impulsar la creación de Grupos de Apoyo Mutuo en toda España con la ayuda de miembros de IIFACe, el Instituto para la Facilitación y el Cambio, que habían asistido al congreso de Entrevoces, atraídos por sus marcos sistémicos y narrativos, y que se vieron positivamente impactados. El proyecto se presentó en la asamblea de Entrevoces/ Locomún, pero fue rechazado por razones un tanto contradictorias: cansancio por un trabajo que no iban a realizar ellos mismos, miedo a la apropiación de la marca de *Hearing Voices*, rechazo a la labor de facilitación voluntaria cuando Entrevoces se organizó precisamente con trabajo voluntario, negativa a cobrar o pagar por la facilitación de la formación de los GAM cuando existía la intención de cubrir otros gastos de esos mismos GAM, la promesa de confiar la facilitación a personas que ya conocían dentro del colectivo, etc. Algunas de las sucesivas salidas que el grupo había experimentado estaban relacionadas con el clima que también provocó este rechazo, que no era más que otra renuncia al proyecto previo.

Locomún también fue responsable del proyecto *Mad in America Hispanohablante*, posteriormente rebautizado decolonialmente como *Mad in (S)pain*, y que parece haber dejado de funcionar. El sitio web era la versión hispanohablante de *Mad in America*. Este sitio web fue fundado por Robert Whitaker, un periodista de investigación premiado con el Pulitzer por sus numerosos artículos en los que abordaba las deficiencias de la psiquiatría moderna y cómo se justificaban prácticas bárbaras en base a una ciencia más que cuestionable y con graves conflictos de intereses. De hecho, Whitaker estuvo presente en la conferencia de Entrevoces sobre todo a raíz de *Anatomía de una Epidemia* (editorial Capitán Swing), libro publicado en España por aquellas fechas.

También se intentó, de forma completamente independiente de Entrevoces, promover la creación de Grupos de Apoyo Mutuo: RaiGAMBre. La idea era tan simple y básica como un breve cuestionario en línea donde las personas interesadas en participar o crear un Grupo de Apoyo Mutuo podían dejar su información de contacto y ubicación. Si alguien vivía cerca de un Grupo de Apoyo Mutuo ya existente, se ponían en contacto con él. De lo contrario, esperaban a que tres o más personas en la misma zona expresaran interés y luego se las ponía en contacto. Posteriormente, se celebraría una reunión con ellas, para explicar el funcionamiento del GAM y se les ofrecía todo el apoyo, información y documentación posibles para crear y mantener el grupo. Así es como se conectaba a la gente con el GAM o se promovía su creación.

Algunos GAM aún existen. Otros perduraron algunos años y luego desaparecieron. En algunos casos, se transformaron en grupos o redes de afinidad que mantienen el contacto si es necesario. En otros casos, pasaron de ser grupos de apoyo mutuo con militancia activa a convertirse en círculos de afinidad que organizan actividades conjuntas. Los lazos sanos y solidarios de amistad y colaboración son un resultado legítimo y espontáneo de los GAM.

La alineación con el ciclo político posterior al 15M y el debilitamiento de la componente militante con el tiempo tuvieron las consecuencias previsibles. Se produjo una transferencia y delegación de las reivindicaciones y funciones de los GAM a estructuras más formales. Estas acabaron por amortiguar las propuestas radicales. Por ejemplo, la institucionalización y profesionalización del rol de los “pares” –personas con experiencia propia, formadas y contratadas por los servicios de salud mental– no parece haber penetrado en España tanto como en otros países, e incluso parece haber sufrido un frenazo. Los Comités Asesores de Primera Persona de las asociaciones de familiares, una muestra de apertura a la participación y el empoderamiento de los usuarios de los servicios, no solo se han estancado, sino que han desaparecido en algunas comunidades autónomas, como Galicia. En Galicia, de hecho, se produjo un retroceso en el ámbito profesional cuando la Asociación Galega de Saúde Mental (AGSM), organización federada en la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN) y clara impulsora de todas estas reformas, cesó sus actividades.

Un cambio notable es la apropiación del discurso militante por parte de las organizaciones del tercer sector. Las asociaciones de familiares (Salud Mental España, antes FEAFES) y sus fundaciones (Manantial, ASAM, etc.) hablan de denuncias sobre violaciones de derechos humanos, grupos de apoyo mutuo, participación de los usuarios, etc pero sin embargo, a día de hoy, no parecen tener federado ningún grupo en primera persona que opere de forma independiente, sin dirección ni tutela. Tampoco hay noticias de que hayan cursado recursos de amparo o denuncias judiciales sobre violaciones de derechos humanos y otros delitos graves. Declaran estar en contra del uso de contenciones mecánicas, de las privaciones de libertad en hospitalizaciones involuntarias, de la ausencia de asistencia legal y supervisión judicial en dichos ingresos, de los tratamientos involuntarios sin orden judicial y cien cuestiones más pero no hay constancia de que hayan iniciado ningún procedimiento.

Por contra, sí hay denuncias, recursos y sentencias sobre varios de estos temas presentadas ante tribunales estatales y europeos a por parte de grupos militantes y en primera persona a través de Red Jurídica Cooperativa. Es el caso de Andreas, que murió en 2017 por una meningitis sin detectar, al evaluar en urgencias que se trataba de un problema relacionado con el trastorno mental que figuraba en su historial sanitario, un caso de *eclipse diagnóstico*, que fue llevado a los tribunales. También la reciente sentencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos (TEDH) que condena a España por el uso de contenciones mecánicas.

Nada de lo anterior es nuevo ni desconocido. Sascha Altman, figura internacional del Movimiento de Supervivientes de la Psiquiatría, siempre se ha mostrado interesado en los conflictos, flujos y reflujos entre el *underground* y lo institucional. A este respecto, la revisión de Alfredo Aracil sobre la Reforma Psiquiátrica en su obra “Apuntes para una Psiquiatría Destructiva” también es reveladora.

Probablemente, la efervescencia que motivó la organización del congreso Entrevoces y el terremoto que causó dejó más huella de lo que parece. Incluso el episodio de la pandemia de COVID, que podría haberse percibido como una interrupción en el proceso de cambio, fue más bien un elemento caótico que lo modificó, lo retroalimentó y, a su manera, le dio continuidad y relevancia. Para algunas de nosotras que participamos en mayor o menor medida en ese período de la historia del colectivo loco en España, hubo una considerable frustración durante el *hype* pandémico de la salud mental. Esto se agravó por la irrupción de celebridades ajenas al colectivo y a luchas previas como Miguel Ángel Martín, que aprovecha el tirón para promocionar sus libros y proyectos sobre salud mental; la psiquiatría heredera del Opus Dei que bate récords de audiencia gracias a la sutileza de Marian Rojas Estapé; los *cripto-bros*, el *paleo-fandom*, los estoicos de baratillo y el vecindario *incel* que moviliza a los jóvenes para que cuiden su salud, pero desde una perspectiva mal, totalmente contraproducente, abrazando un neoliberalismo salvaje por la vía de la *Alt-Right*, y toda una serie de otras catástrofes, invisibles para quienes acababan de llegar al teatro.

Tras la dislocación inicial, queremos pensar en positivo: la salud mental está en el punto de mira, la ciencia es Ciencia por su método y a pesar de su financiación, la lucha contra las contenciones mecánicas está teniendo éxito, existen proyectos dentro del sistema de atención coherentes y en sintonía, con las demandas de las que hablamos, se está hablando de determinantes sociales de la salud; aunque el elefante en la habitación sigue siendo el individualismo como un sesgo –ya de por sí peligroso– que impregna toda nuestra civilización. La necesidad de analizar y abordar la salud mental colectivamente sigue existiendo, y la misma hipertecnología invasiva y tóxica que nos perjudica (redes sociales, la “mierdificación” de internet descrita por Corey Doctorow, la digitalización de todo, etc.) sigue, aunque sea para mal, aportando evidencia (Big Data, determinantes sociales, construccionismo social, etc.).

Finalmente, a nivel personal, hay que reconocer que la militancia quema y es agotadora, especialmente cuando se padece un trastorno mental, por muy recuperado que parezca. El mencionado *hype* en torno a la salud mental ha agotado la energía y la paciencia de algunas. Asistíamos a una especie de circo absurdo, caótico y abrumador, como entrar en un centro comercial en Navidad después de dos noches sin dormir, con muchos recados que hacer, muy poco tiempo, enviando archivos al trabajo desde el móvil, desesperada por ir al baño, con un sobrino de la mano gritando que quiere no sé qué, y con la absoluta conciencia de que era el fin del mundo (lo vi en las noticias) y necesitábamos empezar a buscar un madero para agarrarnos a él.

Algunas nos rendimos parcialmente, otras por completo. Independientemente de si la percepción de fin del mundo era real o no, la decisión de apearse era la misma, ya fuera para sobrevivir al colapso o para sobrevivir a la sociedad, era en cualquier caso por pura salud mental. Una huida a Croatan (véase el libro de Hakym Bey, TAZ... no se puede sembrar semillas y esperar que no germinen) pero casi solas (casi), y quizás más cerca de lo que muchas deseábamos que fuera Entrevoces, pero casi nadie se atrevió a llevar a cabo.

Contacto

Miguel Otero Rúa

Blog: transistemas.wordpress.com • transistemas.wordpress.com@proton.me

- Recibido: 30/01/2026.
- Aceptado: 06/05/2026.

De la práctica a la teoría. Salud mental y determinantes sociales.

From practice to theory. Mental health and social determinants.

Claudia Calderón. Educadora y trabajadora social especializada en adicciones y salud mental. Investigadora y consultora social de políticas sociales. Fundación EDE.

Idoia Larrañaga. Psiquiatra. Centro Salud Mental Ajuriaguerra Adicciones. Bilbao. Red Salud Mental Bizkaia.

Garbiñe Delgado. Psicóloga social. Servicio de Inclusión Social y Atención a Mujeres Víctimas de Violencia Machista. Diputación Foral de Gipuzkoa.

Mercè Borràs. Enfermera de salud mental. Equipo de atención a personas sin hogar (Parc Sanitari Sant Joan de Deu).

Cosme Sánchez. Trabajador social en un servicio de acompañamiento a personas en situación de exclusión social (Bizkaisida).

Resumen: Con este trabajo se pretende compartir una iniciativa surgida en el marco de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN) dirigida a analizar la relación entre determinantes sociales y salud mental. La propuesta parte concretamente de la inquietud de un grupo interdisciplinar de profesionales que vislumbran la necesidad de sistematizar el conocimiento extraído de la práctica diaria, tanto social como sanitaria, mediante la presentación de casos. La metodología propuesta es la presentación de un caso a través de un relato semiestructurado que permita extraer aprendizajes, de la práctica. La presentación se realiza desde un marco caracterizado por unos principios orientadores que guían la práctica: la baja exigencia, la perspectiva de género, la interseccionalidad, la reducción de riesgos-daños y la singularidad.

Palabras clave: determinantes sociales, salud mental, red de profesionales, género, interseccionalidad.

Abstract: This work aims to share an initiative that emerged within the framework of the Spanish Association of Neuropsychiatry (AEN for the spanish acronym) aimed to analyzing the relationship between social determinants and mental health. The proposal is specifically based on the concern of an interdisciplinary group of professionals who see the need to systematize the knowledge extracted from daily practice, both social and mental health-related, through the presentation of cases. The proposed methodology is the presentation of a case through a semi-structured account that allows learning to be extracted from practice. The presentation is carried out from a framework characterized by guiding principles on which the practice is based: low demand, gender perspective, intersectionality, risk-damage reduction and uniqueness.

Key words: social determinants, mental health, professional network, gender, intersectionality.

*"Transformar la complejidad de un caso
en objeto de investigación"
(Lidia Ramírez, 2024)*

Introducción – contextualización

El punto de partida es pensar en los aprendizajes que necesitamos, en nuestras capacidades de innovación y transformación social con una mirada y un espíritu crítico destacando el valor del trabajo en red y la interdisciplinariedad.

Un primer abordaje de la cuestión de los determinantes sociales aplicados a la praxis se declina a partir de las prácticas en red, es decir, de la posibilidad de abrir espacios de colaboración (conversación) entre lo social, lo clínico y lo educativo. La constitución de este espacio de intercambio es uno de los objetivos buscados con esta propuesta de trabajo.

En la práctica profesional se advierte de un déficit en este sentido: la ausencia de espacios para pensar los casos en red. En consecuencia, las y los profesionales se coordinan a partir de urgencias, el intercambio ocasional de informes o llamadas telefónicas, sin embargo, lo hacen, en líneas generales, a iniciativa de cada profesional y sin un método compartido. Si la articulación de la red, cuestión fundamental para la práctica, queda a cargo de la voluntariedad y el sentir de cada profesional se corre el riesgo de que dicha articulación quede subsumida por aquello que en el día a día se presenta con el carácter de la urgencia y la precipitación. Sí bien, el trabajo en red no es algo nuevo, es necesario re-pensarlo más allá de las buenas intenciones, sistematizar, conocer y explorar con modelos concretos.

Determinantes sociales en salud mental: un marco específico

La salud se ve influenciada por las condiciones biopsicosociales en las que se desenvuelven las personas. Por ello, en el 2005, la Organización Mundial de la Salud (OMS) creó la comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, definidos como aquellas condiciones en las que las personas nacen, viven, crecen, envejecen, trabajan y se desenvuelven en el día a día, incluido su sistema de salud. Estas circunstancias tienen impacto en la salud y explican muchas de las inequidades existentes, que aumentan o disminuyen el riesgo de desarrollar determinadas enfermedades (1).

La salud mental no resulta una excepción y también se ve influenciada por los determinantes sociales, de los cuales destacan la pobreza e inequidad socioeconómica como factores fuertemente relacionados con un mayor riesgo de desarrollar psicopatología y de tener un impacto en el curso de la misma (2). Así, en virtud de los factores socioambientales relacionados a la etiología de la enfermedad mental, se forman dos hipótesis predominantes sobre mecanismos que vinculan el trastorno mental con la desventaja socioeconómica: en primer lugar, la hipótesis de selección social y, en segundo lugar, la hipótesis de causalidad social (3).

La primera hipótesis sostiene que las personas con algún tipo de predisposición genética a desarrollar una patología mental, luego de enfermar, descienden en la escala social en la que se encontraban previamente. La segunda hipótesis sostiene que la situación social resulta un factor de influencia predominante que contribuye de forma notable en el campo de la salud mental. Existe evidencia que sustenta la hipótesis de causalidad social, asociando pobreza o vulnerabilidad social a una mayor probabilidad de desarrollar determinados trastornos mentales (4).

Por tanto, puede extrapolarse que la pobreza, la privación, los hábitos de consumo, el estrés y los estilos de vida poco saludables contribuyen al aumento de enfermedades de causalidad social y de carácter crónico. Estas patologías requieren ser abordadas de forma integral, en lugar de intentar manejarlas única y exclusivamente desde el modelo biomédico. A pesar de ello, Saraceno (4) manifiesta que a nivel mundial todavía estamos muy lejos de superar el modelo biomédico y *hospitalocéntrico*.

Teórica versus práctica: una búsqueda constante de equilibrio

Históricamente se ha producido una contraposición entre la teoría y la práctica, que ha contribuido a generar una brecha entre la academia y el ámbito de la intervención. Un desencuentro basado en la premisa de que la primera se ocupa única y exclusivamente de la construcción teórica y el segundo únicamente de la práctica.

Fue Aristóteles, en su obra *Ética a Nicómaco*, quien definió tres formas de conocimiento: *episteme*, *techné* y *fronesis*. La primera, hace referencia al conocimiento que hoy se caracteriza como científico, es decir, un conocimiento fundamentalmente teórico. La segunda, a lo que se considera como el hacer: la práctica. Y la tercera, como la sabiduría práctica, definida como la capacidad o habilidad para discernir cuál es la acción más apropiada en una determinada circunstancia (5).

Partiendo de la premisa de que la teoría y práctica interactúan, se retroalimentan y se implican de manera continua no tiene ningún sentido plantearlas o percibir las como algo diferente. En palabras de Ortega, Caride y Úcar (6) la teoría sin la práctica se convierte en una especulación vacía e incluso, inútil, que no conduce a nada. La práctica sin la teoría se acaba transformando en una acción cerrada, basada en la repetición, carente de mirada crítica. Separadas, la teoría y la práctica se mueven en el ámbito de lo autorreferencial, alejándose de la realidad y dejan, por tanto, de ser útiles para la intervención socioeducativa o terapéutica.

Tal y como afirma Úcar (7) el ámbito social se va desarrollando en tiempo real. La vida y las circunstancias derivadas de la misma no se detienen para dar tiempo a los y las profesionales a pensar de qué manera tienen que responder ante una situación o una problemática concreta, y tampoco para elegir la estrategia de acción o la técnica más adecuada para afrontarla. Por tanto, estas personas trabajadoras van a recurrir a los conocimientos teóricos, prácticos y vivenciales que hayan acumulado a lo largo de su experiencia profesional. Unos conocimientos que se manifestarán a través de los procedimientos, metodologías y técnicas que históricamente haya aplicado en su intervención.

Algo que va a marcar una diferencia entre las maneras de actuar de los y las profesionales va a ser el hecho de cómo la persona se considere a sí misma. Si se identifica como una mera aplicadora de técnicas previamente establecidas, sin cuestionarse las mismas, la intervención perderá espíritu crítico, capacidad de innovación y a su vez, especificidad, respondiendo en base a criterios rígidos y estancos, sin tener en cuenta la particularidad de cada caso. No obstante, si se percibe a sí misma como un sujeto crítico con capacidad para reflexionar, cuestionarse lo establecido y con capacidad para adaptar y/o crear métodos y técnicas, podrá ofrecer una intervención que respete la especificidad de cada sujeto.

Por tanto, la búsqueda de un equilibrio entre la teoría y la práctica permite a quien interviene integrar su propio conocimiento teórico y su experiencia vital para construir respuestas *ad hoc* en función de las diferentes situaciones y necesidades a las que se enfrenta, partiendo de la premisa de que son únicas, singulares e irrepetibles. Mejorando, sin duda, la práctica clínica y social.

La práctica permite aprender a través del ensayo-error a diferentes niveles: como profesional, como equipo de trabajo y como sistema de atención. De forma generalizada, se percibe el incumplimiento de objetivos como una práctica profesional errónea o como la incapacidad del sujeto de poder responder a los mismos, sin embargo, si se analiza desde una perspectiva crítica el error puede convertirse en aprendizaje y es de vital importancia poder compartirlo, no esconder dichas prácticas por miedo al cuestionamiento profesional. Entenderlo como una oportunidad para poder establecer líneas orientadoras ante casos de alta complejidad.

A su vez, la práctica supone un escenario ideal para poder implementar, siempre evaluando el riesgo-beneficio, diferentes metodologías, técnicas de intervención o terapéuticas que permitan establecer

líneas de trabajo y a su vez, eviten mantenernos en sistemas rígidos y estancos donde interiorizamos la creencia de que si lo establecido no funciona es responsabilidad “del otro”.

También permite el estar en contacto con profesionales de diferentes ámbitos, con diferentes formaciones, diferentes enfoques y con diferentes trayectorias profesionales lo que favorece dotar a las intervenciones, siempre y cuando se tenga una posición de apertura, de diferentes enfoques.

Sin embargo, es indudable que sobre el papel todo se sostiene y que la realidad de poder sistematizar el conocimiento y poder establecer un equilibrio entre la teoría y la práctica resulta complejo debido a que está influenciado por factores que se abordan a continuación.

La principal dificultad extraída de la sistematización de la práctica se basa en la escasez de tiempo para poder parar, reflexionar y recoger de forma específica los aprendizajes extraídos. Queda en la buena intención de cada profesional el querer y poder compartir su trabajo y en el resto de profesionales, el mantener una posición de apertura. Los ritmos a los que se enfrentan las personas dedicadas a la intervención directa son frenéticos y no facilita, la sobrecarga, cada vez mayor, de trámites administrativos y burocráticos a los que deben responder en su día a día (registro de intervenciones, formularios tipo de derivación, justificación de subvenciones, entre otros). Éstos limitan considerablemente ese tiempo de reflexión y, por tanto, la creación de espacios para compartir (8,9).

Por último, se evidencia otra dificultad relacionada con los perfiles profesionales predominantes en el ámbito de la intervención directa, sobre todo, en el ámbito social. Los perfiles que componen el ámbito social no son percibidos ni auto-percibidos como profesionales con dedicación y capacidad de generación y sistematización de conocimiento, manteniendo esa diferenciación entre los perfiles teóricos y los eminentemente prácticos, entendiéndose que las personas dedicadas a la intervención directa se dedican única y exclusivamente a ello. Esto se evidencia en la escasa divulgación de conocimiento desde el ámbito social a través de la escritura, participación en congresos y la escasa formación investigadora en los diferentes grados. Cabe destacar que no se trata de una cuestión de capacidades sino de una percepción estereotipada que sitúa a diferentes profesionales en posiciones asimétricas y que provoca que determinados perfiles sientan que de su experiencia no se puedan extraer múltiples aprendizajes (9).

Principios rectores de la práctica profesional a sistematizar

A continuación, y con la finalidad de que se comprenda el marco desde el que nace la inquietud de sistematizar la práctica a través de la presentación de casos, mayoritariamente pero no exclusivamente, de la red de exclusión social y la red de salud mental, se exponen los principios rectores que guiarán cada caso a presentar y sobre los que reflexionar desde diferentes ópticas profesionales.

Un modelo basado en la baja exigencia y la alta intensidad

Desde el ámbito educativo se expone (10) que lo fundamental en los programas y/o servicios, independientemente del ámbito al que pertenezcan, es que consigan proporcionar una sensación de que las habilidades de las personas son adecuadas para enfrentarse a los desafíos que se van presentando. Las dimensiones que influyen son el equilibrio desafío-habilidad, fusión acción-atención, metas claras y un feedback sin ambigüedad. Por tanto, no resulta conveniente proponer a la persona usuaria unas metas demasiado elevadas porque generarían frustración y tampoco unas demasiado bajas o que no se corresponden con sus deseos porque el efecto que se conseguirá es de hastío y desinterés (11).

A lo largo de la historia, la mayoría de los recursos y/o programas se han basado en el trabajo por objetivos y en el cumplimiento riguroso de las diferentes fases del tratamiento establecidas por las y los profesionales. Este modelo se denomina como modelo de escalera, donde cada escalón estaba basado en la consecución de objetivos sin tener en cuenta las capacidades, propios deseos y expectativas de la persona atendida, y tampoco un ajuste adecuado entre la realidad y las expectativas profesionales.

Cuando se marca un perfil concreto en un recurso y/o servicio de la red de atención se limita el acceso al mismo lo que deriva en una disminución de oportunidades de las personas, sintiendo a su vez, que no encajan de nuevo (12). Por ejemplo, las personas con patología dual suelen manifestar una sensación de no “encajar” en los recursos, lo que se conoce como el efecto de “*la puerta equivocada*”, este hecho deriva en que suelen cargar a sus espaldas un alto índice de fracasos en intervenciones anteriores.

A su vez, este perfil cuenta con un mayor número de admisiones a servicios de urgencias hospitalarias, mayores tasas de hospitalizaciones psiquiátricas y una mayor prevalencia de suicidio que aquellos perfiles sin trastornos mentales comórbidos. Además, existe una mayor incidencia de comportamientos de riesgo que a su vez generan mayor problemática social como pérdida de empleo, entorno sociofamiliar, comportamientos violentos o relacionados con conductas de tipo legal, así como mayor deterioro de la salud en general (13).

Por tanto, se enfatiza la necesidad de incorporar la baja exigencia no sólo al quehacer profesional sino también a la estructuración de los diferentes recursos y/o servicios. La baja exigencia se basa en una metodología de trabajo donde el ritmo, necesidades, demandas, oportunidades y expectativas las va marcando la propia persona, evitando así, partir de un nivel de exigencia preestablecido. Resulta fundamental que la persona sea la que detecte sus propias necesidades y los cambios tanto a corto como a largo plazo que desea realizar, situándose las y los profesionales a su lado y no “por delante” evitando así tanto la frustración profesional como la de la propia persona usuaria (14).

Por un lado, una propuesta planteada respecto al nivel de exigencia de los recursos es desarrollar recursos más intermedios, es decir, de baja o media exigencia, evitando así, dejar la responsabilidad final de adaptarse o no a las personas usuarias de los recursos. Por otro lado, potenciar el espacio sociosanitario que permite ofrecer una atención de carácter integral a las personas en situaciones de alta vulnerabilidad derivada de determinadas enfermedades, situaciones de dependencia, desprotección y/o vulnerabilidad social.

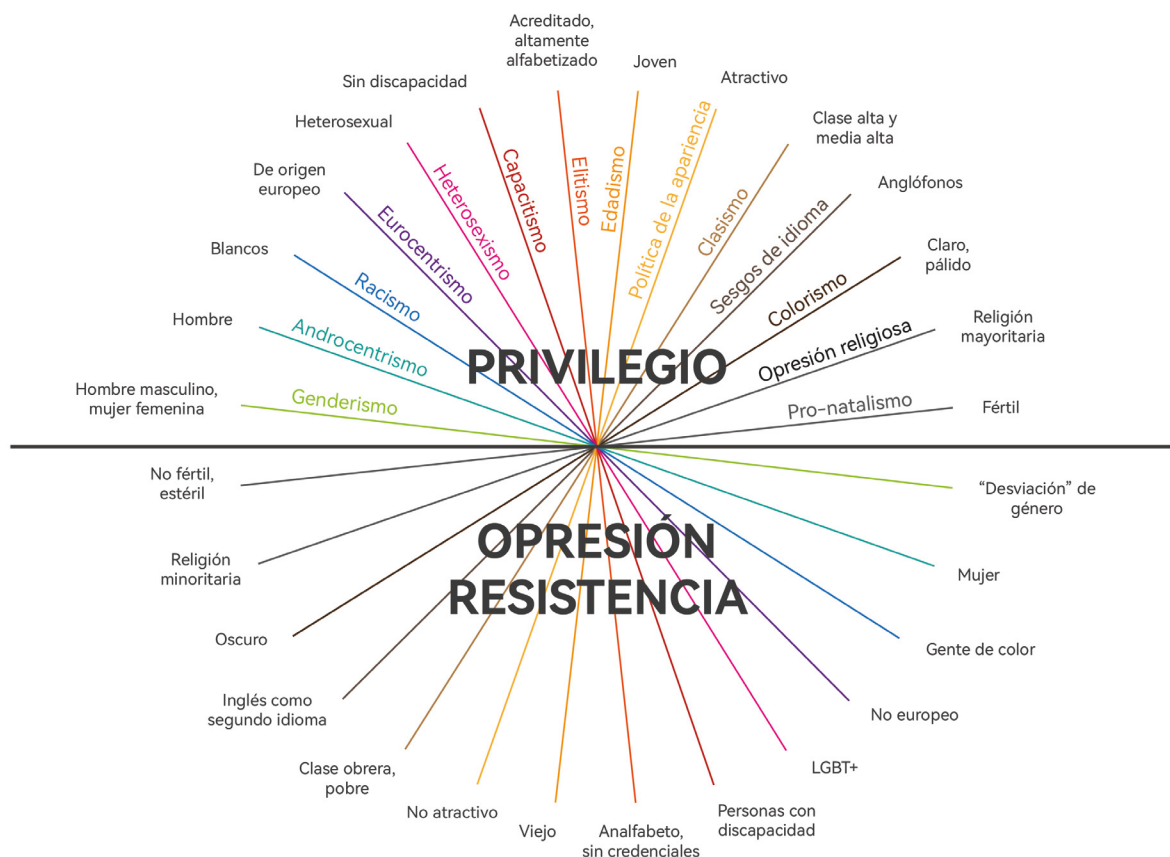
Así, se evitaría una atención parcializada y se mejoraría la accesibilidad y adherencia a los recursos. Este espacio se conforma como un claro ejemplo de cómo los recursos y servicios deben adaptarse en función de las necesidades de las personas que atienden porque a medida que se solucionan determinadas situaciones, van surgiendo otras diferentes a las que se debe proporcionar una respuesta eficaz, coordinada e integral (15).

Un modelo basado en la interseccionalidad

Ya en el 1989, se definió la interseccionalidad como “*el fenómeno por el cual cada individuo sufre opresión u ostenta privilegio en base a su pertenencia a múltiples categorías sociales*” (16). Por tanto, esta óptica de análisis de la realidad termina siendo una profundización en todos aquellos factores que permiten perpetuar las desigualdades y que facilitan la permanencia de una clara separación entre personas oprimidas y privilegiadas. A su vez, Collins y Bilge (17) la definían como una manera de entender y analizar la complejidad del mundo, de los seres humanos y de sus experiencias.

A continuación, se muestran diferentes ejes de interseccionalidad que deben tenerse en cuenta en la intervención directa para poder ofrecer una atención lo más cercana, situada, justa y de calidad.

Gráfico 1. Ejes de la interseccionalidad



Fuente: (18)

Los y las diversas autoras que han trabajado por la puesta en práctica de la interseccionalidad, identifican seis ideas generales para cartografiar la heurística de este enfoque:

1. Partir de una comprensión de la desigualdad social en cuya naturaleza se encuentra el cruce indisoluble de ejes generadores de dominación (como los mencionados en la Gráfico 1).
2. Mirar la realidad social atendiendo a las relaciones de poder que la sostienen.
3. Puesta en marcha de un pensamiento relacional que evite cualquier forma de binarismo.
4. La mirada interseccional como contextualista.
5. Comprender los fenómenos sociales en su complejidad tanto por reconocer que la opresión no sólo se experimenta de un eje objetivado (género, clase...) sino porque se vive en intersección y de forma incorporada.
6. Identificar la interseccionalidad como un proyecto orientado a la justicia social.

Un modelo basado en la perspectiva de género

A pesar de que la interseccionalidad contemple el género como eje de desigualdad, siguiendo las recomendaciones de numerosas autoras feministas, resulta fundamental hacer una mención especial a la perspectiva de género para que no se diluya entre los demás ejes.

Las normas de género, entendidas como las expectativas que definen una sociedad, cultura o comunidad para las mujeres y los hombres, influyen en los comportamientos individuales, debido a que la falta de adhesión a ellas a menudo se asocia con diversos grados de exclusión social y con problemas de salud.

Por tanto, el género es uno de los principales determinantes de las desigualdades sociales en la salud, es decir, de las diferencias en la salud entre hombres y mujeres que son injustas, sistemáticas y evitables. Incorporar la perspectiva de género en el análisis, diseño, implementación y evaluación de políticas y programas, independientemente del ámbito de aplicación, requiere tener en cuenta cuatro elementos: **1)** las desigualdades en el poder; **2)** las desigualdades en el acceso a los recursos y el control sobre ellos; **3)** la división sexual del trabajo y **4)** la socialización de género.

Siguiendo la misma línea, el abordaje de este enfoque conlleva considerar el género como una categoría de estudio de la realidad social, que sirva como marco interpretativo que ayude a comprender el significado que adquiere el género en la construcción de las problemáticas sociales (19).

Intervenir implica cambiar, modificar, evolucionar o transformar. De ahí que se debe desterrar la creencia de que por atender a mujeres con diversas problemáticas sociales se está teniendo en cuenta la perspectiva de género o que la mera presencia de mujeres en algunos recursos y servicios garantiza que sus necesidades y opiniones sean tomadas en cuenta (20).

Un modelo basado en la reducción de daños y riesgos

Se entiende como reducción de daños al conjunto de políticas, programas e intervenciones destinadas a minimizar las consecuencias adversas que el consumo de drogas legales e ilegales ocasionan sobre la salud del individuo o la sociedad en general. A pesar de que las primeras acciones de reducción de daños se remontan a inicios del siglo XX, no fue hasta 1973, cuando la OMS recomendó estas políticas como una alternativa viable para el consumo de drogas y las consecuencias asociadas (21).

A pesar de ser un término acuñado y asociado al ámbito de las adicciones se puede aplicar en numerosos ámbitos de actuación y diferentes problemáticas sociales e individuales. En ocasiones, desde la práctica profesional existe una tendencia al paternalismo que se evidencia en diferentes acciones y líneas de trabajo de la persona trabajadora: ir por delante de la persona usuaria, establecer planes de intervención o terapéuticos no consensuados, juzgar determinados comportamientos o estilos de vida en base a las creencias personales... esto supone un desajuste entre las expectativas del o de la profesional, de la persona usuaria y la realidad, que de nuevo, pone a la usuaria en una posición de subordinación e incapacidad para tomar sus propias decisiones.

Por ello, un modelo basado en la reducción de daños y riesgos se basa en respetar las decisiones de ésta, aun percibiéndose como desaconsejables, advirtiendo desde el cuidado, de los riesgos de las acciones a desarrollar. Hay profesionales que entienden como limitante este tipo de intervenciones, sin embargo, nada más lejos de la realidad, debido a que promueven el establecimiento de otro tipo de intervención, que permita la toma de decisiones de la persona (estén alineadas o no con las creencias personales y profesionales) pero favoreciendo el imaginario y la innovación para poder buscar alternativas que sean intermedias y, por tanto, menos lesivas. Esto facilita ser más flexibles en cuanto a criterios de expulsividad, permite una relación más horizontal, disminuye la frustración

de los sujetos implicados en la intervención (profesional y usuario), una mayor adherencia a los recursos, evitando abandonos prematuros por la alta exigencia de los recursos y permite mayor vinculación con la persona, lo que facilitará a la larga, el proceso de intervención.

Un modelo colaborativo basado en la singularidad

La manera en la que se organiza una red asistencial implica decisiones políticas e ideológicas. El modelo de la reingeniería, de inspiración neoliberal y hegemónico en nuestro campo, se basa en la eficacia y la eficiencia del modelo fordista, en la optimización de recursos y en el reenvío de los casos. La relación que este modelo privilegia entre sujetos y profesionales es la derivación. Frente a esta tendencia se propone un trabajo centrado en la persona, en el caso, en la singularidad incomparable de cada persona y de cada proceso, pero también en lo singular de cada disciplina y de cada agente, ya que cada cual ocupa un lugar diferente en el aparato asistencial. En consecuencia, se propone una práctica que no se centre tanto en la derivación de los casos sino en la conversación, entre profesionales, sujetos y agentes.

El trabajo con la singularidad (22) implica articular lo singular y lo colectivo como manifestaciones diferenciadas pero referidas a un mismo proceso. La paradoja es que en las prácticas colectivas interesa reintroducir una lógica de la singularidad como forma de descompletar cierta tendencia hacia la homogeneización, como principio rector, de ahí que trabajemos a partir de un caso. Un caso es la manera, siempre incompleta y precaria, de abordar el malestar de un sujeto en lo concreto. De no ser así, la práctica corre el riesgo de disolverse en discusiones acerca de los métodos de intervención, las terapias ofertadas, los programas que promovemos o los protocolos de buenas prácticas que, si bien son necesarios, no captan aquello que más nos interesa, a saber, la lógica de cada proceso (el malestar y el sufrimiento de cada persona).

Cada caso es único e incomparable. Abordar cada caso en su singularidad deviene una posición ética que, entre otras cosas, contradice los efectos de acomodación y mecanización del acto profesional (burocracia y mortificación del deseo). En este sentido, la singularidad apunta hacia aquello que no puede representarse bajo la fórmula de un universal y que, por este motivo, anima un trabajo posible con un sujeto particular, que es singular y no homogéneo al resto. La singularidad responde a una lógica diferente a la institucional o asistencial, tiene sus propios tiempos y sus condiciones referidas a cada proceso, es aquello que no encaja en el protocolo o en el manual de uso estándar, aquello que no puede quedar subsumido bajo una etiqueta diagnóstica o un perfil poblacional y que, en consecuencia, orienta el trabajo de profesionales (de la psicología, del trabajo y la educación social) en relación a la persona que reciben. Esta ética no solo no resulta incompatible con el trabajo comunitario, social y colectivo, sino que lo promueve y lo exige, advierte de su necesidad, de la urgencia de trabajar en red. Trabajar en red implica entonces que la red sea capaz de alojar la particularidad de cada caso, de cada situación, de cada persona y de cada proceso, también de cada disciplina.

La Nueva Gestión Pública (New Public Management) supone una nueva legitimidad basada en un modelo marcadamente gerencialista, de la gestión y, en consecuencia, tiende hacia lo cuantificable y homogeneizante. En los años 90 se inicia un proceso de cambio de paradigma en las políticas públicas en salud, educación y servicios sociales en el que destaca un proceso de colonización del management que persigue la excelencia y la reducción del gasto social (la optimización de recursos). Es un proceso de naturaleza ideológica (mercantilista) que sin embargo se presenta como ateorico, neutral e inevitable. Una solución técnica alejada de cualquier contaminación ideológica que lastraría su eficacia, su calidad y su eficiencia total. Sin embargo, se trata de un modelo marcadamente ideológico, es lo que conocemos como el nuevo espíritu del capitalismo.

Destacan 4 rasgos de esta relación asistencial:

1. La pérdida de calidad y cantidad del vínculo profesional-sujeto. Que se ha transformado en un encuentro cada vez más efímero y de corta duración.

2. El aumento notable de la burocracia en los procedimientos asistenciales. Supera ya el tiempo dedicado a la relación/atención.
3. La coordinación entre profesionales y recursos queda reducida al intercambio ocasional de informes, conversaciones telefónicas o emails, cuyo principal eje y sostén es la derivación, lo que produce "sujetos a la deriva".
4. El delirio de normalidad. La normativa viene al lugar del acto. Produciendo un borramiento de la clínica, la tarea educativa o la función social, las normativas ocupan el espacio de la subjetividad, pero también del acto profesional.

En este contexto se aprecian algunos de los obstáculos que el propio mecanismo asistencial promueve, limitando las posibilidades del encuentro y la palabra entre profesionales y sujetos. Conviene localizar bien estos obstáculos, de cómo la institución hace obstáculo al vínculo social, de cara a proponer modos de tratamiento que permitan abordar o reducir, al menos, aquellos obstáculos que el propio sistema de atención, bajo esta lógica mercantilista, genera. La propuesta de la singularidad es una manera de combatir, neutralizar y tratar algunas de estas tendencias.

Pensar la singularidad es, en consecuencia, introducir una lógica que se aleja de los recorridos estandarizados capaz de acoger y promocionar las invenciones particulares que cada persona pueda hacer en su particular encuentro con una figura profesional. En el nivel de la colectividad, la red en su conjunto puede contribuir, de manera colaborativa, a responder de forma inédita, particular y diferente para cada caso. Se trata de la diferencia; abrir la pregunta en torno a la posibilidad de incorporar espacios de conversación interdisciplinar en el panorama actual de la red –Salud Mental, Servicios Sociales, Educación– bajo el paradigma de la singularidad.

Aprendizaje a través de la práctica: una propuesta de trabajo concreta

La modalidad de trabajo propuesta en estos encuentros se orienta hacia la producción de un saber tomando como punto de inicio la escritura de un caso. Escribir permite parar el tiempo y poder pensar. La escritura produce una lentificación: sentarse a escribir, explicarse, plantear interrogantes, construir un caso... En palabras de Valeria Marani, trabajadora social en un centro de salud en Argentina: *"la escritura produce una lentificación, entonces, quiere decir justamente eso: que por su misma materialidad –distinta a la del habla– requiere de una temporalidad que, entre otras cosas, conlleva sentarse, detenerse, conectar ideas, pasar en limpio, leer, borrar, reescribir, predisponerse de otra manera; en suma, abrir un territorio de pensamiento en torno a algo"* (23).

Resulta un hecho tangible que en la realidad de muchos equipos de trabajo no existen espacios ni tiempos para poder pensar y, si los hay, acaban siendo devorados por las urgencias y exigencias del día a día. En cierto sentido, es habitual que se pase directamente, y de manera mecánica, del instante de ver al momento de concluir. Incorporar pues este espacio, este tiempo para pensar, resulta estructurante para reintroducir algo de comprensión y juicio en la tarea profesional y orientar el trabajo con los otros.

La sistematización, se basa en la producción de conocimiento a través de la práctica, situándose en el epicentro de las profesiones de la acción (educación social, trabajo social, psicología, enfermería, medicina...) y de los saberes que de ellas emergen.

Por tanto, cuenta con especificidad epistemológica, teórica y metodológica, pudiendo relacionarse con hacer investigación social cualitativa y crítica desde la propia experiencia; implicando una inmersión profunda en lo vivido buscando re-conocer hasta lograr su comprensión crítica.

El trabajo de la construcción del caso en red, iniciado por José Ramón Ubieta propone poner a trabajar en conjunto, de manera presencial y periódica, a la totalidad de agentes, servicios e instituciones que atienden un caso en común (24). Es una fórmula que articula estos dos elementos (Salud Mental y

Servicios Sociales), introduciendo la singularidad como principio organizador a partir de la localización de un *imposible*; la conversación imposible entre profesionales, servicios y sujetos; lo que hace síntoma en la red asistencial.

Toma como referencia el tratamiento de la red asistencial llevado a cabo en el distrito de Horta Guinardo, en Barcelona, desde la perspectiva que abre el método ya que permite tratar algunos de los déficits de la red asistencial: falta de coordinación, atomización de los servicios, *burnout* de profesionales de atención directa, cronificación y puerta giratoria, homogeneización de la atención... a partir de la implantación de un modelo de trabajo que ha mostrado su eficacia social durante más de dos décadas. El tratamiento es la red y la red es una construcción del sujeto frente al malestar que lo atraviesa.

En la actualidad, existen dos modelos vigentes de red. Uno orientado por la idealización de los sistemas de evaluación y clasificación y cuya deriva de control social es cada día más evidente. Un segundo modelo que actúa como brújula para los y las profesionales, la confianza en las invenciones concretas de la variedad de agentes de la red: comunidad, sujetos, profesionales o clase política. Este segundo modelo se basa en la conversación.

Por tanto, se busca un trabajo en red preferiblemente presencial, periódico y continuado en el tiempo, capaz de sostener un trabajo de colaboración entre los diferentes saberes y disciplinas que comparten un caso.

El abuso de la derivación conduce a un callejón sin salida, un reenvío a la deriva, que evita el tiempo necesario para ver qué es lo que pasa, orientarnos en el caso y trabajar en conjunción con el resto de profesionales y servicios de la red socio-sanitaria, educativa y de Salud Mental. La construcción del caso en red propone otro modo de acercamiento al Otro, es un tratamiento de la red asistencial.

La red es el nuevo orden (institucional) que sustituye y desplaza a las "instituciones totales" que Goffman (25) analizó concienzudamente en la década de los 70, frente a la institución absoluta (total) tenemos los modos "descompletados" de hacer institución, unas instituciones más agujereadas, más líquidas en términos de Bauman (26). Entonces, en lugar de apelar o sentir nostalgia de la institución total, patriarcal, absorbente, única, homogénea, donde la persona profesional se sitúa como experta, como aquella que detenta un saber en exclusiva sobre los sujetos que atiende, podemos proponer una "institución-red"; unas instituciones (en plural) capaces de adaptarse a las singularidades y a las subjetividades de la época. Aquí radica el interés por un trabajo en red presencial, periódico y continuado en el tiempo, capaz de sostener un trabajo de colaboración entre los diferentes saberes y disciplinas que comparten un caso.

La red es la figura actual de la institución. La red es el interlocutor del sujeto y por eso, cada vez más, deviene como algo insustituible y necesario para abordar problemáticas que van mucho más allá de una dimensión sea clínica, sea social, sea educativa. En palabras de Ubieto, no hay ya la opción de no trabajar en red, es decir, que el trabajo en red no es una opción sino un requisito de constitución (24).

El método propuesto: no perder la referencia del caso

El método de presentación de casos elegido para esta serie de encuentros se apoya en una serie de principios, tanto metodológicos como epistémicos. A continuación, se destaca alguno de ellos:

1. **La centralidad del caso.** Principio ético irrenunciable.
2. **La Conversación.** Principio rector. El método se orienta hacia el intercambio, el diálogo y la discusión entre las diferentes disciplinas y profesionales que concurren en el campo de la salud mental.

3. **La escritura.** Permite a la persona profesional recortar una serie de cuestiones en relación a un caso. Y al mismo tiempo abre un espacio para la detención, la reflexión, el debate y la transmisión. En definitiva, nos permite pensar.
4. **La interdisciplinariedad.** En cada encuentro se contará con la presencia de una diversidad de profesionales que trabajan desde diferentes ámbitos y disciplinas garantizando una cierta heterogeneidad entre lo social, lo clínico y lo educativo.
5. **El tiempo.** la presentación de casos en 10 minutos. Es una propuesta original y hasta cierto punto inédita que precipita a la concreción, a la claridad en la exposición y que permite aislar elementos y claves del caso; diferenciando lo importante de lo superfluo y poniendo el foco en aquellas cuestiones que pudieran resultar de interés para el grupo.
6. **Responsabilidad.** Este método apela tanto a la responsabilidad como al compromiso de los agentes que intervienen en un caso, nadie mejor que ellos para decidir qué y cómo presentar los ejes centrales del trabajo que llevan a cabo con las personas que reciben.
7. Por último, cabe destacar un supuesto epistemológico que nos sitúa en una dimensión colectiva y anti-segregacionista. Es el que enmarca **la construcción del saber** cómo el resultado de una elaboración colectiva. Esto implica interesarse por el lugar que ocupa el saber en la práctica. Si bien el o la profesional tiene un saber teórico, unos conocimientos, en la práctica se trata más bien de poner el foco en un saber que no está de entrada, sino que se encuentra pendiente de elaboración; un saber que emerge en el encuentro con cada persona (en el vínculo transferencial que establecemos). Tener en cuenta la existencia de este *saber ignorado* (que no es ni más ni menos que el saber del sujeto; el saber del caso) permitirá situarse en una posición de aprendizaje.

Al menos en el nivel de la experiencia siempre hay algo que no encaja, y que convoca a nuevas búsquedas. Es por esto que no perder la referencia del caso (en lo que implica de *saber ignorado*) es, para este método que se propone, una ética y una posición política.

Los encuentros

Desde la puesta en marcha de la iniciativa, en 2023, la cual, sigue vigente, se han realizado cinco encuentros, en los que han presentado caso catorce profesionales del ámbito de los Servicios Sociales y la Salud Mental. Los encuentros han tenido gran acogida a nivel estatal e incluso internacional, uniéndose al encuentro desde Argentina, Uruguay, Ecuador, Chile y Colombia. Respecto a los perfiles profesionales se ha contado con profesionales del ámbito sanitario (psiquiatría, psicología, enfermería, psicoterapia, farmacia, terapia ocupacional...) y del ámbito social (educación social, trabajo social, integración social, educación...).

A continuación, se exponen algunas consideraciones en virtud de los casos presentados:

Una red que acompaña

Presentación de un caso que se atiende en el equipo de salud mental y sin hogarismo de Barcelona. Se explora la relación asistencial en el trabajo con personas sin hogar a partir de un ejemplo en el que se destaca la cercanía, la pericia y la proximidad de una práctica que resulta imprescindible para establecer un buen vínculo con el sujeto, precisamente, cuando la persona se encuentra parasitada por fenómenos que la conducen hacia un aislamiento radical. Un acompañamiento en el que cada profesional y servicio aporta claves para apoyar y alojar la subjetividad que el caso comporta, una colaboración entre la red social y sanitaria que acompaña al sujeto en su enunciación, en su palabra y en las elaboraciones –y el delirio– que lo sostienen.



El respeto de los tiempos subjetivos

Se expone un caso atendido en un servicio de acogida nocturna de la red asistencial en Bizkaia. La importancia de la escucha, abrir un espacio donde la palabra cobre un valor de enunciación propio, produce la emergencia de elaboraciones que funcionan a modo de defensa frente a fenómenos intrusivos en el campo de las psicosis. Un ejemplo donde las expectativas profesionales producen finalmente el abandono del servicio. Respetar el ritmo y los tiempos de cada persona, así como trabajar desde una perspectiva de baja exigencia con alta intensidad de apoyo resultan estructurantes en el trabajo con el otro.

Una red en construcción

Se presenta un caso como ejemplo de la práctica, que pone en evidencia tanto las dificultades para introducir una conversación entre profesionales intervinientes en un caso como el retorno a las figuras de la institución total –lógica del control– tan bien descritas por Erving Goffman en su libro *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales* (25) .

La manera en la que se organiza una red asistencial implica decisiones políticas e ideológicas. El modelo de la reingeniería, de inspiración neoliberal y hegemónico en nuestro campo, se basa en la eficacia y la eficiencia del modelo fordista, en la optimización de recursos y en el reenvío de los casos, la relación que este modelo privilegia entre sujetos y profesionales es la derivación. Podemos proponer otro tipo de modelo de trabajo centrado en la persona, en el caso, no en la derivación sino en la construcción de espacios de conversación entre profesionales, sujetos y agentes que colaboran en la atención de un caso común, bajo la pregunta: ¿cómo puedo colaborar en la atención del caso? Apostar por la conversación es una forma de hacer institución.

La mujer sin identidad

Exposición de un caso que explica de manera ejemplar que los determinantes sociales de la salud son las condiciones en las que una mujer vive y trabaja; circunstancias que están mediadas por la distribución del poder y los recursos en los diferentes niveles de la política, y que son determinados por decisiones políticas y, en consecuencia, responsables de las desigualdades tanto en el acceso a la salud como en el acceso a los Servicios Sociales.

Un ejemplo que nos permite ubicar la función social (de acogida, apoyo, escucha) que ocupan los profesionales del CSM frente a los requisitos burocráticos de acceso a la red social, laboral o administrativa. Un caso que permite abrir la pregunta y el debate sobre el acceso universal en la actualidad a los sistemas sociales y sanitarios.

Un lugar en el que vivir

Presentación de un caso de un joven en el tránsito de la adolescencia complejizado por diferentes cuestiones: la coordinación entre sistemas (salud mental, exclusión social, adicciones), los fenómenos de violencia y los límites de las personas profesionales.

Este caso plantea la pregunta sobre lo imposible. Hay casos que nos confrontan, directamente y sin paliativos, con la impotencia y la imposibilidad, también la angustia. Esta imposibilidad puede pensarse desde la frustración o la impotencia de los y las profesionales (lo que deriva, en no pocas ocasiones, en la inhibición de éstas o en su contrario, ofreciendo recursos en una oferta que crea una demanda ilimitada). Sin embargo, también se puede pensar esta imposibilidad como inherente a este campo, lo

que apunta en un primer tiempo hacia una delimitación, siempre problemática, de los límites y de las posibilidades del trabajo institucional, y en un segundo tiempo abre la posibilidad a lo posible ¿Qué se puede hacer en este caso?

Todos los casos albergan una dimensión de imposibilidad. Esta imposibilidad puede en ocasiones tratarse o bordearse (otras no), pero siempre está ahí, y hay que contar con ella; podría decirse que es estructural a la tarea. Lo imposible es uno de los nombres del trabajo con el otro.

Entre otras cuestiones, este caso renueva la pregunta sobre lo que llamaremos la función social (de acogida, de refugio, abrigo y asilo) de las prácticas institucionales. Al cumplir la mayoría de edad, este joven pasará por la calle (en situación de sin hogar) frente a la ausencia de un espacio residencial y será el hospital psiquiátrico el que ocupe una función de acogida, asistencia y protección. Allí permanecerá el tiempo necesario para poder intervenir desde el marco de los Servicios Sociales.

Conclusiones a propósito del método

Puede concluirse que la práctica, por sí misma, no garantiza ningún tipo de enseñanza sino a condición de realizar un trabajo sobre ella; toda adquisición de saber implica un coste subjetivo. Por el contrario, agentes de la red exponen que la práctica produce rutina, mecanización del acto, angustia y precipitación, *burnout*, mortificación del deseo profesional, etc. Por todo ello, interesa contradecir esta inercia, este “automatón” de la práctica en la medida en que obstaculiza el acto, el deseo, la capacidad de pensar y los aprendizajes que profesionalmente se pudieran realizar.

Siguiendo la misma línea, en la práctica diaria las urgencias, y por empuje a la actuación, captan toda atención, lo que genera malestar y angustia, tanto en el colectivo de profesionales como entre las personas atendidas. Frente a esta urgencia resulta imprescindible poder articular una separación: un corte, una parada, una escisión. Ya que de lo contrario se corre el riesgo de quedar en una cápsula del instante, deambulando en un hacer continuo, fugaz e irreflexivo. Toda praxis se constituye en base a tres momentos: el instante de ver, el tiempo para comprender y, finalmente, el acto de concluir. Estos encuentros se ubican en este segundo tiempo: un tiempo para comprender y extraer un saber.

Lidia Ramírez (2024, comunicación personal) expuso “*transformar la complejidad de un caso en objeto de investigación*”. Esta premisa orienta a continuar el trabajo de casos iniciado desde el grupo de determinantes sociales de la AEN desde la perspectiva de la investigación y la práctica. Esta cuestión, se encuentra en el origen de la necesidad de compartir las dificultades que los casos imponen y, por lo tanto, de la creación de estos encuentros. Lo que puede orientar a profesionales, investigadores e investigadoras a la posibilidad de extraer una lógica del caso, no tanto de los servicios y programas que también son importantes sino de las demandas y trayectos singulares que las instituciones pueden alojar y promocionar. Es un punto en común entre la práctica y la teoría. El caso como nexo entre la praxis y el cuerpo teórico de una disciplina.

Conflicto de intereses

Las autoras declaran no tener conflictos de intereses.

Contacto

Claudia Calderón • claudia.calderon@opendeusto.es

Fundación EDE • San Juan 14. 48901 Barakaldo

Idoia Larrañaga • IDOIA.LARRANAGAGARATE@osakidetza.eus

Centro Salud Mental Ajuriaguerra Adicciones. Red Salud Mental Bizkaia. Osakidetza
Fika 22. 48006 Bilbao

Garbiñe Delgado • garbi_nau@yahoo.es

Servicio de Inclusión Social y Atención a Mujeres Víctimas de Violencia Machista.
Diputación Foral de Gipuzkoa • Paseo Zarategi 99. 20015 Donostia.

Mercè Borràs • Merce.gestlt@gmail.com

Equipo de atención a personas sin hogar (Parc Sanitari Sant Joan de Deu)
C/ Numancia, 9. 08029 Barcelona

Cosme Sánchez • cosmesan@hotmail.com

Bizkaisida • Bailen 13. 48005 Bilbao

Bibliografía

1. Leiva-Peña V, Rubí-González P, Vicente-Parada B. Determinantes sociales de la salud mental: políticas públicas desde el modelo biopsicosocial en países latinoamericanos . Revista Panamericana Salud Pública. 2021;45(e158).
2. Knifton L, Inglis G. Poverty and mental health: policy and practice and research implications. BJ Psych Bull. 2020;44(5):193–6.
3. Costello EJ, Compton SN, Keeler G, Angold A. Relationships between poverty and psychopathology. JAMA. 2003;290(15):2023.
4. Saraceno B. Discurso global, sufrimientos locales. Análisis crítico del movimiento por la salud mental global . Barcelona: Herder; 2018.
5. Burbules NC. Phronesis and complexity. Teoría de la Educación. Revista Interuniversitaria. 2020;32(1):11–22.
6. Ortega J, Caride JA, Úcar X. La Pedagogía Social en la formación- profesionalización de los educadores y las educadoras sociales, o de cuando el pasado construye futuros. Revista de Educación Social. 2013;17:1–24.
7. Úcar X. Los profesionales de lo socioeducativo como investigadores: la creación de conocimiento. . Educació Social Revista d'intervenció socioeducativa. 2016;62:11–23.
8. Ballester LI. Metodologías de la investigación en la intervención socioeducativa y tecnologías educativas. In: Jornadas de estudio y debate del título de grado en educación social. Universitat de les Illes Balears; 2006.
9. Varela L. Educación social y Servicios Sociales: intercambio de miradas socioeducativas en un estudio de caso múltiple. Pedagogia i Treball Social. Revista de Ciències Socials Aplicades. 2011;2:25–46.
10. Csikszentmihalyi M, Csikszentmihalyi IS. Experiencia óptima : estudios psicológicos del flujo en la conciencia. Bilbao: Biblioteca de Psicología (Desclée de Brouwer); 1998.
11. Fernández MP, Pérez Nieto MÁ, González Ordi H. Efecto del flujo y el afecto positivo en el bienestar psicológico. Bol Psicol. 2013;107:71–90.
12. Ruiz P, Beteta P. Reflexión sobre la baja exigencia: una aproximación al trabajo con personas en exclusión residencial grave. Zerbitzuan. 2016;61:33–50.

13. Torrens M, Montanari L, Vicente J, Domingo- Salvany A, Mestre-Pintó JI. Patología dual: una perspectiva europea. *Adicciones*. 2017;29(1):3–5.
14. Fraiz Alcubilla T, Arginarena Ruiz O, De la Rúa Madrazo I. Intervención desde la baja exigencia con personas sin hogar en el municipio de Bilbao. . *Revista de Educación Social*. 2014;18:1–10.
15. Calderón C. El estigma en personas con patología dual como barrera de acceso y adherencia a recursos de tratamiento. . *Revista Norte Salud Mental*. 2021;17(64):34–47.
16. Crenshaw W. Desmarginando la intersección de raza y sexo: una crítica feminista negra de la doctrina antidiscriminación, la teoría feminista y la política antirracista. *Foro Jurídico de la Universidad de Chicago*; 1989. 139 p.
17. Collins PH, Bilge S. *Interseccionalidad*. Editorial Morata, Madrid; 2019.
18. Collins PH. The Difference That Power Makes: Intersectionality and Participatory Democracy. *Revista de Investigaciones Feministas* . 2017;8(1):19–39.
19. Soriano N. Universidad Internacional de Valencia. 2017. *Perspectiva de Género: una formación imprescindible en Trabajo Social*.
20. López-Méndez I. *El enfoque de género en la intervención social*. Cruz Roja Española, editor. 2007.
21. Bosque-Prous M, Brugal MT. Intervenciones de reducción de daños en usuarios de drogas: situación actual y recomendaciones. *Gac Sanit*. 2016;30:99–105.
22. Sanchez C. *Desinserciones y lazo social. Una práctica orientada por la singularidad*. Barcelona: Editorial UOC; 2021.
23. Marani V, Sodo JM. Acompañamiento terapéutico y trabajo social en un centro de salud. *Revista Cátedra Paralela*. 2010;7.
24. Ubieta JR. *La construcción del caso en el trabajo en red. Teoría y práctica*. Barcelona: Editorial UOC; 2012.
25. Goffman E. *INTERNADOS: Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. . Amorrortu Ed.; 2004.
26. Bauman Z. *Modernidad líquida*. Fondo de Cultura Económica de España; 2022.

- Recibido: 11/03/2026.
- Aceptado: 13/06/2026.

Transmisión transgeneracional del trauma en contextos de violencia política: una mirada al contexto español con perspectiva de género.¹

Transgenerational transmission of trauma in contexts of political violence: A gender perspective on the Spanish context.

Lidia Luna Rodríguez.

Psicóloga constructivista experta en trauma. Arousa (A Illa de Arousa, Pontevedra).

Resumen: Esta revisión teórica examina la transmisión transgeneracional del trauma en contextos de violencia política, centrándose en el Estado español tras la Guerra Civil y la dictadura franquista. El objetivo es integrar diferentes aproximaciones biológicas, psicológicas y psicosociales al trauma transgeneracional y analizar su pertinencia para comprender sus efectos en el contexto español desde una perspectiva de género. Se revisan aportaciones procedentes de la epigenética, el psicoanálisis y los enfoques narrativos y comunitarios, señalando tanto sus contribuciones como algunas limitaciones en la explicación de los procesos de transmisión intergeneracional. El análisis aborda expresiones frecuentes del trauma transgeneracional –como silencios familiares, duelos no elaborados y mandatos implícitos– y examina su manifestación en un contexto histórico caracterizado por una represión sociopolítica prolongada y por el silenciamiento social de sus consecuencias. Se propone un marco integrador que articule los modelos existentes con el enfoque narrativo de la experiencia y la memoria histórica, con el fin de ampliar la comprensión del trauma y de sus consecuencias en la salud mental individual y comunitaria.

Palabras clave: trauma transgeneracional; violencia política; memoria histórica; perspectiva narrativa; género; salud mental.

Abstract: This theoretical review examines the transgenerational transmission of trauma in contexts of political violence, focusing on Spain after the Civil War and the Franco dictatorship. The aim is to integrate biological, psychological, and psychosocial approaches to transgenerational trauma and to analyze their relevance for understanding its effects in the Spanish context from a gender perspective. Contributions from epigenetics, psychoanalytic theory, and narrative and community-based approaches are reviewed, highlighting both their contributions and limitations in explaining intergenerational transmission processes. The analysis addresses common expressions of transgenerational trauma –such as family silences, unresolved grief, and implicit mandates– and explores their manifestation in a historical context marked by prolonged sociopolitical repression and social silencing. An integrative framework is proposed that articulates existing models with a narrative approach to experience and historical memory in order to broaden the understanding of trauma and its consequences for individual and community mental health.

Key words: transgenerational trauma; political violence; historical memory; narrative approaches; gender; mental health.

¹ Trabajo final Diplomado experto en trauma y heridas emocionales, julio 2025.

"Sus silencios son ahora mis palabras"

Clara Valverde

1. Introducción

En este trabajo hago una revisión del trauma transgeneracional en el Estado español en un sentido amplio, para centrarme después en la perspectiva de género. El objetivo inicial es valorar las consecuencias de la Guerra Civil y posterior dictadura franquista en la aparición y transmisión del trauma y algunas heridas emocionales asociadas a él, como la vergüenza y la desvalorización.

En el contexto del Diplomado considero relevante esta revisión en dos ámbitos:

- A nivel individual, para facilitar la comprensión y elaboración de experiencias en las intervenciones con personas de la tercera y cuarta generación, incorporando además una perspectiva de género fundamental para el abordaje de la violencia específica que se ejerció contra las mujeres, así como las consecuencias que este período de nuestra historia tuvo en la subjetividad y en su elaboración de la identidad.
- A nivel colectivo, para fundamentar y recalcar la importancia de realizar un trabajo de memoria histórica con los componentes de verdad, justicia, reparación y garantía de no repetición; ofreciendo herramientas para la labor comunitaria hasta que se consoliden las iniciativas estatales formuladas en la Ley 20/2022, de 19 de octubre de Memoria Democrática², que profundiza en los principios de verdad, justicia, reparación y garantías de no repetición respecto a la normativa anterior.

Además, durante la elaboración del trabajo también he observado que es importante actualizar la investigación y formulación del trauma transgeneracional desde una perspectiva narrativa y psicosocial con enfoque de género, puesto que la mayor parte de los estudios existentes parten de la experiencia del Holocausto y se basan en el psicoanálisis clásico.

2. Trauma transgeneracional: marco teórico

2.1. Introducción

"Las personas no solo tienen una historia personal, sino también una prehistoria personal que, como en el caso del pasado prehistórico, a pesar de que va quedando enterrada y oculta con el paso del tiempo, determina lo que hemos llegado a ser después. Esto significa que algunos de los rasgos que definen nuestros comportamientos y actitudes pueden estar determinados por acontecimientos ocurridos mucho antes de nuestro propio nacimiento, en la generación de nuestros abuelos, bisabuelos o tatarabuelos. Dichos investigadores comprobaron que hechos traumáticos acaecidos en una generación (como el holocausto o la participación en una guerra), cuyo impacto no había podido ser puesto en palabras por la persona afectada, producían efectos en las siguientes generaciones que se expresaban en forma de somatizaciones, patologías o determinaciones de la orientación que habrían de tomar sus vidas".

"Trauma. Herencia, palabra y acción colectiva"

Hernando, 2023.

² Ley 20/2022, de 19 de octubre, de Memoria Democrática. Boletín Oficial del Estado, núm. 252.

Diversos estudios y revisiones definen el trauma transgeneracional como la transmisión de las heridas emocionales –o, en un sentido más amplio, de las huellas del trauma– desde una generación directamente expuesta a experiencias potencialmente traumáticas a sus descendientes hasta la tercera y la cuarta generación. La mayor parte de estas investigaciones se ha centrado en contextos de violencia política, como el Holocausto, las dictaduras de Argentina y Chile, o la colonización de diversos pueblos y territorios. Los efectos de la Guerra Civil española y la posterior dictadura franquista, que es el contexto específico en el que me voy a centrar en este trabajo, se han abordado en menor medida.

2.2. Marco biológico

La experimentación del trauma transgeneracional está bien documentada; sin embargo, todavía no están claros los fundamentos de su transmisión biológica o cómo diferenciarlos de otros factores, como la exposición ambiental o la crianza. Según la revisión de estudios sobre epigenética de Yehuda y Lehrner (2018):

“El estado actual de la investigación humana es que, aunque se han documentado algunas alteraciones neuroendocrinas y epigenéticas asociadas al trauma materno y paterno, los estudios no han demostrado aún de forma concluyente la transmisión epigenética de los efectos del trauma en humanos.

Por ahora (...) puede decirse que esta transmisión indica una mayor vulnerabilidad, pero también podría interpretarse como una forma de preparación biológica adaptativa ante circunstancias adversas similares a las que enfrentaron sus progenitores. Es incuestionable que muchas personas se sienten afectadas por las consecuencias del trauma vivido por generaciones anteriores. Sin embargo, afirmar que un efecto es realmente transgeneracional exige descartar la exposición directa como mecanismo causal.

El concepto de transmisión intergeneracional ha resonado profundamente en las personas descendientes que sienten que han heredado las consecuencias del sufrimiento de sus padres, y también en comunidades marcadas por traumas colectivos a lo largo de generaciones. El hecho de que pueda existir una representación biológica o molecular de este efecto parece validar la experiencia de quienes sienten que cargan con el peso de las dificultades de sus padres, aunque también puede implicar que se les perciba como “dañados” o “perjudicados de forma permanente”.

Es importante subrayar que estos efectos no son permanentes si las condiciones ambientales cambian (...) el principio de plasticidad epigenética sugiere que estos cambios pueden revertirse si cesan las agresiones ambientales o si aprendemos a enfrentarlas de forma diferente. La capacidad de responder con flexibilidad a los estímulos del entorno es, en definitiva, la base de la resiliencia humana.”

*Intergenerational transmission of trauma effects:
putative role of epigenetic mechanisms
Yehuda, R., & Lehrner, A. (2018).*

2.3. Perspectiva psicológica

La mayor parte de la bibliografía sobre trauma transgeneracional ha sido desarrollada desde el psicoanálisis, especialmente a partir de estudios con descendientes de personas supervivientes del Holocausto. Este enfoque conceptualiza el trauma no elaborado como un *legado invisible* que se transmite por vía inconsciente entre generaciones a través de silencios, secretos y otros mecanismos a

los que la consciencia no tiene acceso; además, algunas propuestas más antiguas, que siguen citándose en las revisiones actuales, pueden conducir a la idea de que la verbalización es el principal recurso para la resolución de la experiencia traumática, sin tener en cuenta la perspectiva integradora actual en el abordaje del trauma tal como vemos en el Diplomado.

Desde cualquier modelo psicológico, es innegable la existencia de una memoria emocional, información o procedimental a la que no tenemos acceso de forma directa; un almacén que se relaciona todo el tiempo con la información explícita y conforma la manera en la que nos percibimos a nosotras y a nosotros mismos; en la que percibimos y narramos el mundo que nos rodea y nuestra forma de estar en él. Sin embargo, una concepción del inconsciente como mecanismo inaccesible para la persona, que opera al margen de su voluntad, puede disminuir su capacidad de agencia y de cambio, centrándose solo en la vulnerabilidad y sin tener en cuenta el valor de las fortalezas y las historias de resistencia, fundamentales en la elaboración de las vivencias traumáticas a nivel individual y colectivo.

Cuando incorporamos un enfoque narrativo con perspectiva psicosocial y de género, podemos considerar otros factores que facilitan el abordaje integrativo del trauma: memoria, apego, regulación del sistema nervioso, percepción somatosensorial. Este enfoque, además, es coherente con el abordaje comunitario y los principios de verdad, justicia, reparación y no repetición; algo fundamental en el contexto concreto de la Guerra Civil y la dictadura franquista en el Estado español, donde el origen y mantenimiento de la experiencia traumática y sus consecuencias se inserta en estructuras de violencia política y silenciamiento social que han estado en vigor durante 40 años y que, como señalan las fuentes que estudian el contexto, aún no se han resuelto. Incluso revisiones basadas en la epigenética como la de Yehuda y Lehrner han demostrado que los efectos del trauma pueden expresarse en los sistemas de regulación del estrés de los descendientes, señalando que esta comprensión tiene implicaciones directas en términos de salud pública y justicia social.

Finalmente, la perspectiva de género resulta imprescindible para visibilizar cómo el trauma afecta diferencialmente a las mujeres para detectar, comprender e integrar su manejo en diferentes dispositivos psicosociales y en la atención a la salud mental.

La reelaboración del trauma transgeneracional en torno a un enfoque integrador permite conectar lo individual con lo colectivo, el relato con el cuerpo y la biología con la historia, entendiendo el trauma transgeneracional no como un destino inevitable, sino como una herencia que puede ser nombrada, compartida y transformada.

2.4. Expresiones y consecuencias del trauma transgeneracional

He tomado como referencia la revisión de Laguna-Barnes, la más reciente que he encontrado; en ella “actualiza las teorizaciones realizadas por diversos profesionales en otros ámbitos similares con su propia experiencia clínica.” A partir de este estudio, he sintetizado todas las consecuencias o manifestaciones del trauma transgeneracional recogidas en la bibliografía consultada; primero de forma general, después con un desarrollo específico para el contexto del que me ocupo.

“La transmisión transgeneracional estudia cómo el universo mental y emocional de individuos de una generación puede influir en los de individuos de generaciones siguientes, cómo son estos fenómenos de la transmisión y cómo son los procesos por medio de los cuales se ponen en marcha y se tramitan.”

“Las guerras con su violencia, destrucción y aniquilación de unos humanos contra otros, generan traumas masivos que quedan anidados en el tejido social y se propagan a las generaciones siguientes de una forma visible e insidiosa.”

“Estos desastres masivos generan traumas colectivos por la magnitud de los acontecimientos y por la cualidad de la afectación que causan en el individuo y en el grupo social. Pueden ser situaciones traumáticas que son vividas en muchos casos sin posibilidad de metabolización mental, experiencias que no han podido ser representadas ni pensadas y, por tanto, tampoco verbalizadas.”

La transmisión transgeneracional de situaciones traumáticas: papel de la psicología en el proceso de recuperación de la memoria colectiva de la dictadura franquista en España. (Laguna-Barnes, 2024)

2.4.1. Silencios, omisiones y contradicciones

“En la primera generación hay algo que no se puede decir, en la segunda no se puede nombrar, mientras que en la tercera no se puede pensar, y en la cuarta está totalmente oculto.”

Miñarro, 2021.

Los estudios citados coinciden en que la transmisión transgeneracional del trauma en contextos de violencia política no se da únicamente a través del relato directo, sino mediante el silencio, la omisión, el lenguaje corporal, los afectos no elaborados y las repeticiones inconscientes. Este proceso tiene un impacto profundo en las subjetividades de las generaciones siguientes, que crecen inmersas en climas emocionales marcados por la desconfianza, la ansiedad, el miedo o la vergüenza, aunque no se conozcan los hechos traumáticos con claridad. Las niñas y niños crecen con historias incompletas o planas, a menudo sin emoción, lo que impide construir un relato coherente y elaborar duelos.

“El silencio de las víctimas se produce por miedo a hablar, cuando hablar implica ser represaliado, revictimizando no solo al sujeto que habla sino a toda la familia y entorno; es cuando se instalan los llamados pactos de silencio. A nivel individual se produce un encapsulamiento, mecanismo por el cual se aparta o aísla lo que duele y perturba, y a nivel colectivo aparecen alianzas defensivas basadas en la negación; así la sociedad se mantiene alejada de su propia historia, es como si lo ocurrido no hubiera ocurrido.

El silencio es también un tiempo de espera necesario que permite que los impactos más agudos puedan aliviarse. Distintos autores señalan que para que esto sea posible son necesarias dos condiciones: la primera, que haya transcurrido el período de latencia (...) la segunda, encontrar interlocutores válidos, oyentes adecuados para que la narración tenga eco y resonancia a nivel individual y social”.

Miñarro, 2021.

La primera generación no puede nombrar ni elaborar el dolor; bien por la represión política, bien porque necesita que el paso del tiempo amortigüe sus impactos (hoy sabemos que el apoyo psicosocial es una medida preventiva muy útil en esta primera fase de la experiencia traumática, pero en aquel momento no existía este recurso).

La segunda generación recibe de la primera el silencio, en su sentido más amplio: no hablar de la experiencia traumática o nombrarla desde la disociación y la desconexión. Además, la primera generación querrá proteger a la segunda tanto de la inmensidad del dolor, como la posibilidad de que los hechos se repitan, por lo que transmitirá de forma explícita o implícita las actitudes necesarias para hacerlo, como, por ejemplo: *no te signifiqués, no llames la atención, no cuestiones la autoridad*. Estas actitudes se transforman en mandatos que las generaciones posteriores interiorizan en forma de narrativas dominantes, por lo que resulta difícil identificarlas y transformarlas sin un apoyo psicosocial o terapéutico. Así, la tercera generación, que casi ha perdido el contacto con la historia original, solo recibe los mandatos, las narrativas dominantes.

2.4.2. Duelos congelados

Las desapariciones forzadas, habituales en los contextos de violencia política, también tuvieron lugar en la Guerra Civil y durante la Dictadura; personas ejecutadas, cuyos cadáveres nunca recuperaba la familia. En algunas ocasiones ni siquiera hubo testigos de esas desapariciones; otras, se cubrían con una historia falsa. Esto provoca que el duelo quede congelado, haciendo muy difícil elaborar la pérdida, que queda suspendida en el tiempo, con la sensación de que *la herida siempre está abierta* y con su transmisión de sus efectos de una generación a otra.

En el caso de las mujeres me parece pertinente señalar, además, varios factores que se dieron con más frecuencia en estos períodos: los abortos espontáneos, las pérdidas perinatales y la alta mortalidad infantil. Además del impacto que provocó el hecho de que fueran más frecuentes, también lo fueron las secuelas del silencio (tal como se enuncia en el epígrafe anterior) tanto en las madres como en las hermanas y hermanos que sobrevivieron.

2.4.3. Legado de tareas y lealtades invisibles

Desde una perspectiva psicoanalítica, los legados y las tareas son mandatos inconscientes que se transmiten de una generación a otra: por ejemplo, la tarea de venganza o la lealtad a un rol, un estatus social o una afiliación política.

Algunos estudios relacionan esto con los descendientes de los victimarios, observando identificaciones patológicas con el agresor, negación o banalización del daño causado.

Desde una perspectiva narrativa, es importante señalar también que muchas personas heredan relatos fragmentados, mandatos y tareas implícitas: encontrar sentido, reparar, contar lo que pasó, ocupar el lugar de quien ya no está.

3. Aplicación al contexto del estado español

3.1. Origen: represión y violencia durante la Guerra Civil y la dictadura franquista

“Se trata de la observación y comprensión de los impactos psicológicos de la guerra civil (1936-1939) y los 40 años posteriores. La dictadura provocó estados emocionales cargados de sufrimiento, terror, angustia, humillación, vergüenza, incertidumbre, desesperación, confusión, rabia... unido a unas condiciones de vida de pobreza y carencias. Todo ello ocasionó duelos imposibles, heridas profundas, vivencias que quedaron inscritas como experiencias traumáticas.”

Laguna-Barnes, 2024.

El levantamiento militar de 1936 tenía como objetivo instaurar un régimen autoritario basado en la ideología nacionalcatólica, eliminando toda forma de disidencia política, cultural y social. Para ello, los militares sublevados promovieron desde el inicio una estrategia de terror que incluyó ejecuciones sumarias, desapariciones, tortura, violencia sexual, humillaciones públicas y castigos ejemplares. Algunos mandos militares incluso hablaron explícitamente de la necesidad de “exterminar un tercio de la población masculina” para eliminar al proletariado y erradicar el pensamiento republicano.

Tras el fin del conflicto armado, la represión continuó de forma sistemática mediante asesinatos, encarcelamientos, exilio forzado, censura, marginación laboral y empobrecimiento deliberado de amplios sectores sociales. A esto se sumaron crímenes como el robo de bebés y la institucionalización forzada de mujeres, justificados bajo la idea de una supuesta “limpieza moral” y dirigidos a castigar, disciplinar y erradicar cualquier forma de disidencia del modelo predominante.

3.2. Consecuencias: trauma generacional y trauma transgeneracional

En el contexto español, como ya he mencionado, el trauma no solo fue individual y familiar, sino también comunitario y social. Muchas personas fueron testigos de la violencia ejercida contra familiares, personas cercanas, vecinas y vecinos; siempre justificados por el odio profundo hacia una identidad que se pretendía eliminar. La población interiorizó la polarización y la persistencia de los bandos en conflicto, sostenidas por la acción conjunta del Estado, las fuerzas de seguridad y, con frecuencia, la Iglesia Católica, que ejercieron una violencia real y simbólica durante más de cuarenta años, mediante una represión sistemática en todos los ámbitos de la vida. Incluso tras el fin de la dictadura, se mantuvieron el ocultamiento y la tergiversación de los hechos. La primera Ley de Memoria Histórica, que se formuló en 2002, no se aprobó hasta 2007, es decir, setenta y un años después del inicio de la Guerra Civil.

3.2.1. Silencio

Los años de dictadura dieron origen a una sociedad marcada por la represión, el sometimiento y la opresión cultural que, unidas a los efectos habituales del trauma, tuvieron como consecuencia una serie de heridas emocionales que impregnaron la experiencia emocional de generaciones posteriores y, en muchos casos, aún persisten: obediencia a autoridad, temor indeterminado, humillación, vergüenza, indefensión, sometimiento.

3.2.2. Niñas y niños robados

A todo lo que vimos en el apartado anterior a este respecto, en el contexto español hay que sumar el robo o de bebés durante los años 40 y 50, una práctica que despojó a numerosas madres –muchas de ellas presas políticas o mujeres consideradas “indeseables” por el régimen– de sus bebés recién nacidos, entregándolos a familias afines al franquismo.

3.2.3. Empobrecimiento económico, social y cultural

“Se trabajaba con sueldos míseros (...). La vida económica y laboral dependía, en gran parte, de las conexiones personales con el régimen. Las familias cercanas a la dictadura eran las que tenían negocios que prosperaron. La pobreza era una realidad para la mayoría de la población, que intentaba sobrevivir una situación extrema en las primeras décadas de la dictadura”

Desenterrar las palabras. Valverde, 2014.

La carencia económica, las hambrunas y otras condiciones extremas como el frío, no sólo se atravesaron, sino que sus efectos se transmitieron a las generaciones posteriores en forma de narrativas de precariedad, carencia e indefensión aprendida.

Se instauró una desconfianza generalizada en el ámbito de las relaciones sociales, que a menudo hacía que las personas solo se relacionaran con las que sentían afines; miedo a tratar determinados temas o profundizar en ellos, vergüenza, victimismo, polarización.

Se produjo un aislamiento cultural y simbólico, consecuencia de la censura y el control ideológico, que dejó a muchas personas sin referentes culturales o marcos interpretativos para comprender lo que vivían:

“No había libertad de prensa y todos los libros y películas eran sometidos a una censura extrema (...) España vivía aislada, al margen de lo que ocurría al norte de los Pirineos.”

Valverde, 2014.

Durante la dictadura franquista, el tejido social se fragmentó profundamente, lo que debilitó la capacidad colectiva de organización y resistencia. Aunque la movilización social no desapareció del todo –y de hecho repuntó en los años 70 con el auge del movimiento obrero y estudiantil–, el miedo, la vigilancia y la represión prolongada instauraron una cultura de obediencia a la autoridad y sumisión a la norma. Esta herencia autoritaria, transmitida durante décadas, sigue presente en ciertos patrones sociales, dificultando la expresión de la disidencia, el pensamiento crítico y el cuestionamiento del poder. En algunos casos, esto ha favorecido la pervivencia o la reemergencia de ideologías autoritarias que han sido ampliamente deslegitimadas en otros contextos europeos, como el fascismo o el nazismo.

4. Perspectiva de género

4.1. Introducción

La construcción de la subjetividad y los vínculos personales se desarrolla en contextos marcados por relaciones de poder, influenciadas por el género y la cultura³; en este marco, los discursos sociales han contribuido históricamente a invisibilizar o minimizar la violencia hacia las mujeres. En este caso, además, la ideología dominante favorecía la violencia de género, así como el silenciamiento e instrumentalización de las mujeres.

Por otro lado, cuando las intervenciones terapéuticas o los estudios científicos carecen de una perspectiva de género, corren el riesgo de ofrecer explicaciones individualistas que ignoran el peso del contexto, favoreciendo interpretaciones centradas exclusivamente en factores personales. Esto acentúa la sensación de soledad que acompaña a la experiencia traumática pudiendo, a su vez, potenciar la culpabilización y la percepción de que faltan recursos o referentes internos y externos para abordarla.

4.2. Contexto específico

En el contexto que aborda este trabajo se produjo un especial ensañamiento sobre el cuerpo y la conducta de las mujeres:

- Durante la Guerra Civil, porque la violencia sexual siempre es un factor de dominación y terror presente en todos los conflictos armados, a la que se sumó la violencia específica de las mujeres rapadas u obligadas a tomar aceite de ricino como escarnio público.
- En el transcurso de la dictadura, porque la opresión de la mujer y el uso utilitario de los cuidados, con la consiguiente privación de autonomía y libertad, formaba parte de la ideología del régimen.

Ambos factores tuvieron consecuencias en la elaboración de la identidad de las mujeres, cuya subjetividad estaba atravesada a menudo por el miedo, la vergüenza, la desvalorización y la culpa. Ante estas heridas emocionales, como ya hemos visto, se ponen en marcha diferentes mecanismos psíquicos, como el deseo consciente e inconsciente de proteger a las descendientes, evitando que sufran el mismo daño, o la indefensión aprendida.

Todo esto con el agravante de un silenciamiento administrativo que se prolongó casi hasta la actualidad; solo en años recientes la perspectiva de género sobre la Memoria Histórica permitió sacar a la luz el papel de la represión y represalias ejercidas sobre las mujeres. Al mismo tiempo, empezaron a visibilizar los actos de resistencia, cuyo silenciamiento también forma parte de la represión.

3 Cristina Polo en los apuntes del Diplomado sobre Trauma y heridas emocionales, módulo 7.

4.3. Violencias de género

“... las fuerzas del bando franquista comenzaron a aplicar un castigo particular a las mujeres relacionadas con la República: el rapado de sus cabezas. Fue la parte más simbólica y visible de un ritual de escarnio público complejo (...). La violencia específica que ejercía el rapado actuaba tratando de eliminar los cambios sociales y culturales llevados a cabo por la República y estaba orientada hacia un proyecto futuro que estableciera una vuelta “al orden”.

Las rapadas: Hacer memoria (Rosón et al, 2023).

Esta práctica no estaba recogida en los procesos administrativos, por lo que no quedaron muchos registros escritos y la mayor parte de los testimonios se basan en la oralidad. Además, cuando comenzó la Transición y con ella el inicio de la memoria histórica por parte de la militancia obrera, no se hizo con una perspectiva de género, por lo que las represalias a las mujeres siguieron ocultas. Aun así, además de las fotografías que se han recuperado se conservan muchos testimonios orales, muchos relatos de esta experiencia humillante que vivieron cientos de mujeres a lo largo y ancho del territorio español.

“Recordar las exhibiciones públicas de las mujeres rapadas (...) es una forma de actualizar la potencia estética y política del trauma. Nos hace conscientes de la doble violencia que la historia perpetró contra estas mujeres, condenadas al silencio y al olvido. Estos castigos quedaban grabados en los cuerpos de las mujeres que los padecían, pero también en quienes contemplaban el espectáculo.” (Rosón et al, 2023)

4.4. El Patronato

Psiquiatras afines al régimen como Vallejo-Nájera promulgaban la eugenesia, que justificó el encarcelamiento o institucionalización de las mujeres sospechas de cualquier disidencia y también el robo de bebés, que ya he mencionado y cuyo análisis exhaustivo excede el espacio de este trabajo; sucede lo mismo con el encarcelamiento de mujeres, a menudo en condiciones inhumanas. Sin embargo, me parece relevante mencionar *El Patronato de Protección a la Mujer*, una institución franquista creada en 1941 con el objetivo de “reeducar” a las mujeres que no se ajustaban al modelo moral y social del régimen. Estas mujeres eran ingresadas en instituciones o reformatorios donde eran sometidas a régimen cerrado, trabajos forzados, adoctrinamiento religioso y castigos físicos y psicológicos. El Patronato fue una herramienta de control social que causó un gran sufrimiento a miles de mujeres hasta 1985.

5. Abordajes posibles

El 20 de noviembre de 2002 se aprobó por unanimidad y por primera vez en el Congreso de los Diputados una resolución que “condenaba la rebelión militar contra la legalidad republicana y adquiría el compromiso de ayudar a los exiliados de la Guerra Civil y reabrir las fosas comunes para enterrar dignamente a las víctimas de la represión franquista.” (Laguna-Barnes, 2024)

La Ley de Memoria histórica abrió el camino para la elaboración de una “memoria colectiva (...) una fuerza social capaz de exigir la revisión del pasado desde planteamientos éticos, es decir reivindicando la realización de, en palabras de Paul Ricoeur, un trabajo de memoria, que lanza hacia el futuro un mensaje: que nunca más vuelva a suceder un horror semejante.”

Memoria histórica y feminismo. Llona, 2009.

La transmisión transgeneracional del trauma no se detiene hasta que la vivencia traumática y sus consecuencias se integran en la narrativa que conforma la historia de vida de cada persona; hasta que se hace memoria viva y deja de estar oculta, silenciada. Este proceso es individual, pero también social y comunitario; la persona elabora el trauma, la sociedad elabora el trauma; la persona encuentra un lugar en la comunidad en la que nombrar e integrar el trauma y encuentra en ella, también, la voluntad de no repetición; reconocimiento y reparación.

Tal como hemos visto, la perspectiva de género es ineludible a la hora de abordar el trauma; en este caso, me parece especialmente relevante para entender las heridas emocionales de las mujeres afectadas por la Guerra Civil y la Dictadura, así como las generaciones posteriores; no solo por la afectación directa de las experiencias traumáticas, sino también por la profunda afectación en su subjetividad: dificultad para vivir en una sintonía afectiva distinta a la de la represión, el dolor y la carencia; dificultad para desarrollando narrativas alternativas de confianza, seguridad, poder, posibilidad. Como dice Almudena Hernando en la introducción del libro de trauma: "lo que podemos llegar a ser". Qué consecuencias tuvo y tiene la vergüenza; cuántas historias de trauma, pero también de resiliencia se silenciaron.

"Debe entenderse que el trauma no es solo un secreto que no se quiere contar, sino un exceso emocional que no se puede asimilar, que no se puede incorporar a la imagen que una persona tiene de sí misma. Para poder hacerlo decible y dejar salir el sufrimiento al que se asocia, resulta necesaria la interacción con otros. Por eso es tan importante la palabra y la solidaridad y la acción colectiva."

Herrando, 2021.

Dentro de la bibliografía revisada destaco el concepto de "lugares de memoria", tomado de Miren Llona (2009), que puede constituir un recurso muy útil en los distintos niveles. A nivel estatal, se materializa en memoriales, monumentos o espacios dedicados al recuerdo colectivo. Pero también puede activarse en el plano individual –a través de fotografías, recuerdos, biografías e historias de vida– y en el comunitario, cuando se comparten y resignifican las memorias a través de rituales, prácticas narrativas o proyectos de recuperación de la memoria histórica.

Teniendo en cuenta esto y otros hallazgos, a continuación, resumo algunas acciones posibles para abordar el trauma transgeneracional, con la propuesta de que sea un punto de partida desde el que seguir ampliando las diferentes aproximaciones a este fenómeno con una perspectiva integradora y actualizada:

- **A nivel individual:** en el tratamiento psicoterapéutico, incorporar la perspectiva de trauma informado y la posibilidad de abordar el trauma transgeneracional con perspectiva de género.
- **A nivel comunitario:** formación e información para los recursos psicosociales y educativos. Favorecer, cuando sea pertinente, la recogida de testimonios y su reconocimiento en la comunidad.
- **A nivel estatal:** verdad, justicia, memoria y garantía de no repetición. Continuar con las exhumaciones y la creación de memoriales que permitan el reconocimiento y la elaboración de las pérdidas y duelos congelados.

"La reparación supone los debidos procesos legales, en el marco jurídico de cada país y de sus posibilidades políticas, aunque no se agota en ellos. Supone la construcción de una cultura democrática, fundada en el respeto intrínseco a los Derechos Humanos de cada uno, incluido el derecho a un debido proceso de los victimarios. Implica también una elaboración social del sufrimiento y de la violencia en el ámbito cultural reconociendo que esto ocurrió entre nosotros y que es lo que queremos que no vuelva a ocurrir. Cada víctima tiene derecho a que su historia y su padecimiento sean reconocidos como una injusticia y como una violación a sus derechos; que la sociedad le otorgue una reparación que incluya

espacios de reflexión y elaboración en todos los niveles de contexto implicados, y que la memoria política conserve su nombre y su historia como elementos indispensables para sostener una memoria democrática que garantice el respeto y la dignidad de las personas en todo momento y circunstancia, ahora y en el próximo futuro.”

Trauma, duelo, reparación y memoria (Lira, 2010)

NOTA FINAL: Este trabajo es una primera aproximación al tema que di por finalizado para cumplir con la entrega del Diplomado. Me habría gustado tener más tiempo e incorporar más bibliografía sobre la perspectiva psicosocial, narrativa y de género en el trauma transgeneracional; he utilizado el conocimiento y la experiencia que ya tenía de lecturas y estudios previos, pero no he podido revisarlos en profundidad para citarlos. Además:

- Siento que aportaría mucho al trabajo trabajar con fuentes directas, revisando testimonios de mujeres; recoger, sobre todo, las historias de resistencia.
- Me habría gustado profundizar aún más en los últimos hallazgos en neurociencia y epigenética en relación con este tema.
- Me parece interesante integrar los estudios sobre el apego: cómo las primeras generaciones sufren una serie de carencias emocionales y materiales que repercuten en sus descendientes, más allá de las características generales del trauma transgeneracional.

Anexo I

Hilar memoria: propuesta para tejer la trama de la memoria individual, familiar y colectiva

“Asumiendo que hacer memoria, que aquello que heredamos nunca lo heredamos de forma pasiva, sino que estamos elaborando también esa reconstrucción, hacer memoria de repente se convierte en una cadena; como un tapiz que alguien empieza a tejer y siempre orientado que a quien reciba esa memoria continúe tirando del hilo y a su vez reciba las herramientas conceptuales para poder ir ampliando la interpretación sobre el mismo es una idea que me parece muy bonita y además es necesaria hablando directamente en términos de justicia y reparación”

Presentación del libro *Las rapadas*.⁴ Rocío Lanchares, 2024.

Para concretar los aprendizajes del Diplomado, añado esta propuesta práctica que complementa y concreta la revisión teórica: la creación de un cuadernillo sobre la memoria de las mujeres que, acompañado de otros materiales psicoeducativos, sirva para relaborar la identidad de las mujeres de las generaciones posteriores a la Dictadura franquista que experimentaron las huellas del trauma transgeneracional. Este proyecto:

- Nombra los efectos de la violencia sistemática y organizada durante la Guerra Civil.
- Ofrece una perspectiva veraz y actualizada sobre la represión que el régimen nacionalcatolista ejerció en diferentes ámbitos de la esfera pública y privada sobre la población en general, pero sobre todo en las mujeres, entre 1939 y 1975; imponiendo sus valores y reforzando la opresión patriarcal.

⁴ <https://traficantes.net/actividad/las-rapadas-el-franquismo-contra-las-mujeres>

Para formularlo me baso en todos los materiales revisados aquí, así como en mi experiencia en los siguientes ámbitos:

- Acompañamiento psicoterapéutico y psicosocial a mujeres en formato individual y grupal.
- Diseño e impartición del taller de escritura y narrativas *La voz de las mujeres*, en el que las participantes narraban su propia historia, pero también la de otras mujeres de la familia; incluso de aquellas que no habían conocido. Desarrollé varias ediciones de este taller, y en todas ellas la experiencia fue muy positiva para las participantes, con hallazgos como: revisión e integración de la propia historia de vida; reconocimiento de las historias de resistencia, hasta entonces invisibilizadas, en otras mujeres de la familia; mejora del autoconcepto, afianzando una subjetividad propia más coherente y satisfactoria.
- El trabajo con la ancestralidad desde una perspectiva evolutiva a partir de los estudios de Carl Jung al respecto, que he conocido gracias a las enseñanzas de personas que han trabajado de forma directa con ellos y los han integrado con otros recursos para entender y manejar los fenómenos transgeneracionales. El valor de esta perspectiva está en recuperar la conexión con el linaje familiar en dos direcciones: para integrar las heridas emocionales no resueltas, pero también el impulso evolutivo. De forma muy sintética: en las sociedades occidentales modernas, a veces se exalta el valor del individuo como un ente desconectado de todo lo que le precede; linaje familiar y ancestralidad en general. Recuperar esta mirada, además de ampliar el campo de la intervención, puede proporcionar una sensación de integridad y pertenencia que amortigua la soledad del trauma. Esta línea de trabajo requiere una investigación más profunda para dotarla de referentes teóricos sólidos, más allá de la práctica en la que su eficacia es evidente; pero me parece importante nombrarlo aquí.
- Reconociendo y nombrando las pérdidas que suceden a lo largo de la vida de una persona y apenas han tenido espacio en la consciencia o en la narrativa familiar, por lo que permanecen sin integrar: duelos que no se nombraron o se ocultaron, pérdidas gestacionales, muerte perinatal de hermanas y hermanos.
- Mi propia experiencia elaborando las historias de silencio y dolor que, como consecuencia de la Guerra Civil y el período posterior a ella, permanecían sin elaborar en la narrativa personal y familiar.

Contacto

Lidia Luna • contacto@narrativasyotraslunas.com • +34 633 21 81 24

Bibliografía

Armañanzas Ros, G. (2012). Elaboración transgeneracional del trauma: guerra civil española. *Norte de Salud Mental*, 43, 13–17.

Buckley, P. (2009). *Enterrar a los muertos: trabajo psicosocial en exhumaciones*. En Asociación Española de Neuropsiquiatría (Markez, Fernández Liria, Pérez-Sales, Coord.), *Violencia y salud mental. Salud mental y violencia institucional, estructural, social y colectiva* (pp. 61–72). AEN.

García Dauder, S. (2023). *La represión que parece mentira*. *Pikara Magazine*. <https://www.pikaramagazine.com/2023/10/la-represion-que-parece-mentira/>

González Duro, E. (2009). *Guerra Civil: una psiquiatría para la represión*. En Asociación Española de Neuropsiquiatría (Coord.), *Violencia y salud mental* (pp. 45–60). AEN.

- Hernando, A. (coord.) (2023). *Trauma: Herencia, palabra y acción colectiva*. Traficantes de Sueños.
- Huertas, E. (2023). El Patronato controló la moral femenina a través de un sistema carcelario. *Pikara Magazine*. <https://www.pikaramagazine.com/2023/06/el-patronato-controlo-la-moral-femenina-a-traves-de-un-sistema-carcelario/>
- Laguna-Barnes, M. del V. (2024). *La transmisión transgeneracional de situaciones traumáticas: papel de la psicología en el proceso de recuperación de la memoria colectiva de la dictadura franquista en España*. *Apuntes de Psicología*, 42(1), 55–61.
- Lira, E. (2010). Trauma, duelo, reparación y memoria. *Revista de Estudios Sociales*, (36), 14–28.
- Llona, M. (2009, diciembre). *Memoria histórica y feminismo*. Ponencia presentada en las Jornadas Feministas de Granada, Granada, España.
- Miñarro, A. (2021). El hilo infinito del genocidio español. En A. Hernando (Ed.), *Trauma, memoria y subjetividad. Una exploración interdisciplinar* (pp. 131-162).
- Rosón, M., Pol, A., Garbayo-Maeztu, M., Lanchares Bardají, R., & Platero, L. (2023). *Las rapadas: Hacer memoria*. Ministerio de la Presidencia, Relaciones con las Cortes y Memoria Democrática.
- Yehuda, R., & Lehrner, A. (2018). Intergenerational transmission of trauma effects: putative role of epigenetic mechanisms. *World Psychiatry*, 17(3), 243–257.
- Valverde, C. (2014). *Desenterrar las palabras: Transmisión transgeneracional del trauma de la violencia política del siglo XX en el Estado español*.



PRE-OCUPACIONES

El agujero que habita al hombre: la violencia llamada machista.

The hole that inhabits man: Violence called machismo.

Kepa Torrealdea Kozkorrotza. Psicólogo Clínico. N.º Col: BI 03111.

Formado en Psicoanálisis. Psicoterapeuta acreditado por EFTA y FEAP.

Miembro de OME-AEN (Osasun Mentalerako Elkartea-Asociación Española de Neuropsiquiatría).

Resumen: En este trabajo se pretende poner el foco en la idea de que los actos violentos ejercidos por hombres en contra de la mujer o de las mujeres, tienen componentes motivacionales que trascienden la idea de lo apropiativo, sinónimo del concepto *machista*, como rasgo narcisista y de dominio. No negamos que el discurso heteropatriarcal haya propiciado, a lo largo de la historia, un caldo de cultivo que ha legitimado las conductas de subyugación y menoscabo hacia la mujer. Así ha sido y es necesario, ahora más que nunca, unir fuerzas para combatirlo. Sin embargo, entendemos que es de suma importancia una nominación acertada del fenómeno de la violencia ejercida contra el género femenino, ya que un buen diagnóstico garantiza un mejor tratamiento. En este sentido, aquí postulamos que ni es el origen homínido (lo macho), ni las legalidades implantadas por el discurso heteropatriarcal, los desencadenantes de los actos llamados machistas. Son, no cabe duda, la base o la condición necesaria, pero no la condición suficiente.

Palabras clave: Violencia machista. Violencia masculina. Mandatos de masculinidad. Pulsión. Consumismo.

Abstract: *This paper aims to focus on the idea that violent acts committed by men against women have motivational components that transcend the idea of appropriation, synonymous with the concept of machismo, as a narcissistic and domineering trait. We do not deny that heteropatriarchal discourse has, throughout history, fostered a breeding ground that has legitimized behaviors of subjugation and undermining of women. This has been the case, and it is necessary, now more than ever, to join forces to combat it. However, we understand that it is extremely important to accurately name the phenomenon of violence against women, as a good diagnosis guarantees better treatment. In this sense, we postulate that neither hominid origins (the male) nor the legalities imposed by heteropatriarchal discourse are the triggers of so-called sexist acts. They are, without a doubt, the basis or the necessary condition, but not the sufficient condition.*

Key words: Gender-based violence. Male violence. Masculinity mandates. Drive. Consumerism.

*“Descorrí la cortina de la ducha y ahí estaba él con una madera gruesa en la mano.
La mirada desencajada. Comenzó a golpearme con furia en la cabeza. Yo sólo veía sangre.
Del escándalo que montó, los vecinos acudieron, aporreando la puerta.
De repente, él se levantó y yendo hacía la puerta de casa, la abrió.
Oí que alguien le preguntaba, qué estaba pasando... El contesto: nada. Y se marchó”.*
Superviviente de una agresión extrema por parte de su exmarido.

¿Por qué nombramos la violencia ejercida por un hombre hacia una mujer como violencia machista? Quizás sea sólo un término al uso, que ha acabado incorporándose al decir común por su innegable sentido popular, ya que *lo macho*, en tiempo, se ha identificado con una condición de hombre dotado de virilidad, potencia, arrogancia y otras tantas insignias, todas ellas puestas en juego en la seducción y la conquista. Y, también, en la violencia.

Sin embargo, no puedo no pensar que tal expresión, también, busque retratar alguna particularidad sustancial en torno a la génesis del acto violento; léase: la animalidad de *lo macho*. De ser cierta esta hipótesis, debiéramos preguntarnos si la condición biológica es garantía explicativa del comportamiento violento del varón.

La biología como explicación de la criminalidad

A lo largo de la historia de la psiquiatría se han dado aportes explicativos del hecho criminal, siendo la más notable o, sin duda, una de las más conocidas, la del médico y criminólogo italiano (1) Césare Lombroso (1835-1909) quien planteó una teoría, hoy en día más que rebatida, acerca de la correlación entre el acto criminal y su biología. El punto de partida de Lombroso, será señalar que hay un componente biológico y corporal en la criminalidad. Es decir que, si observamos a las personas, podremos observar rasgos comunes que nos permitan determinar si una persona es criminal o no.

En base a eso, Lombroso creó seis tipologías de criminales, en un intento de ofrecer herramientas de reconocimiento y control (tipologías corporales), así como de explicar el hecho violento en base a una biología determinista. No es difícil imaginarse la *caza de brujas* que hubo lugar en aquel entonces, pues tales patrones tipológicos daban *patente de corso* para que las autoridades persiguieran de forma preventiva a quienes, sin haber sido culpables de ningún delito, acabaran siendo detenidos y sometidos a medidas terapéuticas y/o coercitivas, por el simple hecho de portar un determinado aspecto físico.

La anatomía como argumento explicativo

Recapitulando, ¿cuál es, entonces, la similitud entre las tipologías *lombrosianas* y el sintagma *violencia machista*? El punto de concordancia, sería la anatomía como argumento explicativo.

Hagamos de abogados del diablo y dialecticemos, brevemente, esta hipótesis. ¿Quién es el que agrede: el hombre o el macho? Si pensamos que es el hombre, cada caso de violencia ejercida contra alguna mujer, habrá de ser pensada teniendo en cuenta la particularidad (de hombre) del agresor, en base a su subjetividad y a sus pormenores vitales. Pero si determinamos que es el macho el causante del acto violento, quizás haya poco que comprender, ya que el propio término “machista” alude a las características sexuales del varón como origen y detonante del ejercicio violento. Equívocamente, pudiéramos inferir que se es violento porque se es macho y, asimismo, que quien es macho (condición biológica) es sospechoso de violentar. Es decir, la condición de macho sería una tipología más.

El poder de las palabras: nombrar, visibilizar y etiquetar

Las palabras las carga el demonio.

Refrán popular.

Ciertamente, por una parte, las palabras visibilizan realidades y su ausencia, sin embargo, genera el efecto contrario: las invisibiliza. Sin ir más lejos, el lenguaje inclusivo se basa en esta premisa y es por ello que su uso busca visibilizar el lugar de la mujer como sujeto de derechos, ya que las palabras rescatan realidades canceladas, y el lugar igualitario de la mujer en la sociedad, es una realidad omitida y negada desde los tiempos remotos. También sirven, las palabras, para crear opinión, amalgamar ideologías, ideas o idearios. Y como no, también, para etiquetar. Y la etiqueta, si bien tiene la virtud de simplificar y nombrar de un trazo un fenómeno multicausal, tiene (en sí) el déficit de generar una suerte de ficción explicativa completa, acerca del fenómeno nominado, en el caso que aquí nos ocupa, el de la violencia que un hombre ejerce contra una mujer, por el mero hecho de ser mujer.

Humanidad o animalidad: La complejidad de la violencia machista

¿Acaso no es un tanto confuso (al margen de que estemos familiarizadas con su uso) hablar de “violencia machista contra la mujer”? Dicho de forma sencilla, pareciera que fuese el animal que habita a todo hombre quien ejerciera su violencia contra la mujer (y no contra la hembra). Y es precisamente aquí donde yo planteo la máxima de que lejos de ser así, es precisamente la parte humanizada la causante de la tragedia de la violencia. No la parte animal que nos anida, sino el ser humano atravesado por un desnorte estructural que busca en la violencia una huida hacia adelante.

Entonces, quizás no se trate de un uso coloquial. Tal vez, dicha acepción tan solo sea el fruto de un no saber raigal que requiera de un velo de saber que procure certeza diagnóstica: la anatomía. Creo que es sumamente dificultoso poder entender el porqué de los actos violentos de hombres contra mujeres, y es tan doloroso que resulta poco estimulante ponerte a estudiar la lógica subyacente, porque si bien por una parte la empatía por el dolor de las víctimas te quita las ganas, por otro lado, se trata de un fenómeno que reta sobremanera nuestra capacidad de raciocinio, nuestro saber epistemológico y encima nos interpela en nuestra propia agresividad. Incluso en nuestra propia violencia. Pero, no perdamos el ánimo y sigamos indagando.

Es cosa sabida que el reino animal, en su conjunto, está guiado por el instinto de supervivencia, debido al cual los animales cazan, se aparean y conquistan sus respectivos territorios en aras a procurar la pervivencia de la especie.

Respetan los ciclos estacionales en las migraciones y, muchos de ellos, aprendieron a guardar provisiones para las épocas de escasez. Tienen sus propias leyes de linaje y los combates entre los machos, representan muestras de fortaleza y belicosidad, al objeto de ocupar el lugar de privilegio en la manada. Un lugar de prebendas, con la responsabilidad de proteger a los suyos ante los ataques externos. Se convierten en dueños de su particular manada y protectores de sus dominios. Ciertamente, si somos aficionados a documentales en donde se graban escenas de caza y depredación, podremos pensar que es el reino animal, un reino salvaje y peligroso. Y lo es. Pero, fundamentalmente es protector. Es una agresividad puesta en aras de la pervivencia, de la regulación de la especie, de cada especie. Se trata de un no dejarse aniquilar.

Sin embargo, al humano, incluso aquel que pueda portar cierto imaginario narcisista, sabedor de su poder o de su influencia, puede resultarle estimulante mear su territorio, e ir ampliando el aroma en un perímetro cada vez más oliente. Ese sí, cabría pensar, presentaría la impronta de superioridad en sus modos, agreda o no agreda a mujer alguna. Fácilmente, podrá manifestar verbalizaciones rancias,

de superioridad, patrimonialista, pues tiene idea de que su dinero, poder, seducción o capacidad de influencia puede alcanzar lo apetecible. Hay otros, sin embargo, que se encuentran lejos de estos atributos poderosos, pero opinan de manera similar acerca del valor del dinero y el poder, para acceder al logro de lo bello y lo estimulante.

Los mandatos de masculinidad

¡¡¡Sé un hombre y deja de lloriquear como una nena!!!

Ecos sociales. Improntas familiares.

Ciertamente, aquí nos hallamos en los dominios de la cultura heteropatriarcal. Gentes que piensan lo femenino en términos de objeto de consumo, en términos de apropiacionismo, o como lucidamente nombra la prestigiosa antropóloga argentina, **(2)** Rita Segato, en términos de *dueñidad*.

Esta misma autora, es quien enunció la conocida sentencia que venía a decir que “los agresores sexuales no son enfermos, sino hijos sanos del patriarcado”. Una frase inquietante, no cabe duda, aunque cierta en gran medida. Cierta, porque la cultura del patriarcado ha domesticado la impronta educativa de nuestras sociedades, desde hace mucho tiempo, y ha dejado restos tangibles. Es por ello que hay que tener presente la impronta de los mandatos de masculinidad (cultura heteropatriarcal) en el imaginario colectivo, y sus nuevas presentaciones en el ideario sexual masculino y femenino, principalmente. Pero, ahondando en la frase de Segato, cabe añadir que ser hijo sano del patriarcado, si bien puede ser una condición necesaria, no queda claro que sea condición suficiente. De lo contrario, nos encontraremos con que la nueva tipología neo-lombrosiana, la referida al axioma “violencia machista”, más la máxima de ser hijo normal (de una cultura heteropatriarcal), hacen dupla diagnóstica, a partir de lo cual cualquier varón con características sexuales masculinas y una cierta (e inexacta) apariencia de normalidad, será sospechoso de ser un posible agresor sexual.

Dicho esto, me queda claro que Rita Segato está lejos de pretender dar este uso reduccionista a su emblemática frase. No obstante, en un tiempo en el que las proclamas y frases cortas son utilizadas fuera del contexto narrativo en el que se desarrollan, una época de pancartas y decadencia de la lectura sosegada y la reflexión crítica, los eslóganes (estos y otros) pueden suscitar idearios peligrosos. Es por ello que los eslóganes al uso debieran de ser propicios, de modo que si bien, por una parte, será interesante que sirvan para hacer piña colectiva en torno a su sentido, por otro lado, será lícito pedir que dicho sentido no sea un tiro errado.

Violencia masculina o violencia machista

“Hablemos de la tiranía que nos habita...”

José Luis de la Mata – Catedrático de Psicopatología

Y siguiendo esta línea argumental, vuelvo a entrecomillar el aforismo “mandado de masculinidad”, una idea que hace eco con conceptos relativamente recientes, tales como “masculinidades” o “nuevas masculinidades”. Ideas que dejan bien claro que lo que está en juego es la masculinidad transmitida y no la condición biológica de quien por masculino se tiene. De modo que en lo que a mí respecta, me resulta mucho más acertado denominar a la citada violencia como “violencia masculina” que no “violencia machista”, ya que, en el mejor de los casos, el trabajo de depuración podrá pretender “parir” una masculinidad que sustituya la violencia por la palabra, la escucha, la aceptación o la renuncia al consumo del otro.

Agresividad o violencia

Dicho esto, quizás añadiremos que, si bien la agresividad es de origen filogenético, ya que se trata de una puesta en acto de la energía necesaria para pervivir (instinto de supervivencia en el reino animal), la violencia cabe ser categorizada como humana, porque incorpora (muchas veces) aspectos que nada tienen que ver con la regulación, sostenibilidad y equilibrio de un sistema, sea este social, familiar, individual. La violencia es un dispositivo que está latente en el humano, y su desencadenamiento dependerá de reguladores internos y externos (discurso social, mandatos...).

Hablemos un poco de los reguladores internos, esos que marcan la diferencia entre quienes transgreden y quienes no, siendo ambos "hijos no enfermos, sino hijos sanos del patriarcado". O, dicho de otro modo, si la anatomía y el discurso son la condición necesaria... ¿cuál es la condición suficiente?

Ciertamente, los hombres (y los humanos, en general) estamos habitados por una anatomía que aloja un vigor, que no puede llegar a ser regulada por el instinto, como ocurre en el reino animal, ya que en el mundo de los seres que hablan, es el propio lenguaje (y no el instinto) quien hace labores de interdicción entre el propio empuje (pulsión) y el del resto de seres que habitan la sociedad, en aras a regular las relaciones, a través de acuerdos sociales y renunciadas éticas. Dicho empuje, al que llamaremos pulsión, ya que impele y pulsa a la acción (lo hace sin GPS, propio), se hace presente, de forma ininterrumpida en el seno de nuestro organismo, y es a través de las palabras que conseguiremos modularla, en el mejor de los casos (la imagen de un recién nacido se nos antoja propicia, para comprender como el contacto hablado, lo calma de su malestar).

Sin embargo, las palabras también pueden servir para alentar, atizar el ánimo, incomodar la autopercepción o aleccionar para hacer creer en una cosmovisión determinada. La idea de que la mujer es patrimonio (y otras) es un ejemplo claro, sellado a fuego a través del décadas de costumbrismo heteropatriarcal; un costumbrismo modulado en conductas, canciones, chistes, división de roles y un largo etcétera de ejemplos, todos ellos, sazonados de palabras, argumentos, aseveraciones, imperativos, silencios... Estamos a falta de un regulador de garantías, tal como lo es el instinto en el reino animal, uno que tenga mayor certeza de no error, pues las palabras se acomodan a la apetencia y no a la necesidad. ¿Por qué esta afirmación?

Instinto versus Pulsión

Retrotraigámonos, por un momento, al libro *Sapiens: de animales a dioses*, de **(3)** Yuval Noah Harari, en donde el autor señala que "el Homo Sapiens había poblado África Oriental hace 150000 años, pero no empezó a invadir el resto del planeta tierra y llevar a la extinción a otras especies humanas (neandertales y denisovas, entre otros) hasta hace, aproximadamente, unos 70000 años".

Harari no tiene inconvenientes en hablar de un proceso de colonización y esquilma de otras familias homínidas, por parte de Homo Sapiens. Un genocidio que coincidió en el tiempo con el acceso del sapiens a la revolución cognitiva y la aparición del lenguaje ficticio, hace 70000 años, ni más ni menos. Vincular el desarrollo cognitivo de nuestro ancestro, al desarrollo de su capacidad de hacer daño parece contradictorio, ya que uno bien pudiera pensar que, a más inteligencia, más cooperación.

Pero, por otro lado, parece tentador pensar que el desarrollo cognitivo y sobre todo el acceso al lenguaje, alejaron al Sapiens de su adaptativo reclamo al instinto como un saber que le procurase la impronta por la caza, el camuflaje o la reproducción. Una impronta que garantizaba la sostenibilidad. Sin embargo, con el lenguaje, comenzó a crear un pasado y un futuro, ya que los recuerdos y los proyectos se maceraron en palabras. Comenzó a no depender de la inmediatez de su necesidad para actuar. Ya no cazaba, sólo, cuando sentía el hambre. Comenzó a tener ideas y a planificar, al disponer de un pasado

del que aprendía y anticipar sus necesidades de futuro. Comenzó a acumular pensando en el mañana, a transaccionar con los excedentes para economizar esfuerzos innecesarios, a formar comunidades de intercambio. Se hizo un estratega. Pero, a su vez, en algún momento, comenzó a rumiar la posibilidad del beneficio propio, y a negociar. Comenzó a ambicionar y si ya era un estratega de guerra y caza, empezó a serlo de las relaciones sociales. Repito: en algún momento dejó de necesitar y comenzó a ambicionar. Stop.

Necesidad y deseo

Dejó de necesitar y comenzó a desear. Y el **(4)** “deseo no se coloca como una mera prolongación de las necesidades biológicas”. El deseo es más que la mera falta que busca satisfacerse, ya que es la consecuencia del vacío que constituye al ser humano y del hecho de que seamos animales lingüísticos. Por lo tanto, no podemos dejar de desear

(incluido los budistas que abogan por “la vía del no deseo” como medio de autorrealización, siendo obvio que el optar por dicha vía, también puede ser leído como un deseo). Y al desear, es fácil orientarnos hacia lo que no tenemos, convirtiéndose éste (el deseo), en deseo de lo que no se tiene. Sin embargo, como bien señala **(5)** Lacan “El deseo es deseo. Nunca se satisface del todo.

Sin embargo, persiste el pulso por lograr la satisfacción, por buscar el alivio, el placer, el descanso. Y aquí conviene no confundirse. El placer regula, alivia, ordena. Está al servicio de la vida: comer, descansar, amar, crear. Es lo que uno añade a la existencia para que sea habitable. Freud lo pensó como un principio económico: bajar la tensión, evitar el exceso. El exceso (aquí lo llamaremos goce), en cambio, no busca equilibrio. No responde a una necesidad, sino a una pulsión. No se orienta al bienestar, sino a una satisfacción que insiste, incluso cuando duele, incluso cuando daña. Por eso Lacan es tan preciso: el goce va más allá del principio de placer. El goce no cuida la vida; la roza con la muerte. Por eso Pierre Rey dice algo tan brutal como verdadero: el goce es lo que uno sustrae a la muerte.

¿Dónde lo vemos? En la repetición que no podemos soltar. En el vínculo que hiere, pero se insiste. En el exceso que no se disfruta, pero se necesita. En el síntoma que no “sirve”, pero satisface algo del cuerpo. El goce no es moral ni inmoral. Es estructural. Y no se “elimina” con conciencia positiva ni con frases bonitas. Se lee, se discierne, se limita. Ahí aparece una ética: No la del bienestar permanente, sino la de aprender hasta dónde sí y hasta dónde no. Hacerle un borde. Ponerle palabra. Que la vida no quede al servicio de la pulsión, sino que la pulsión encuentre un lugar donde no destruya el alma propia, ni la ajena.

Deseo y transgresión

*“No desearás la mujer de tu prójimo”
Deuteronomio 5:21.*

Por otro lado, si el deseo es deseo de lo que no se tiene, fácilmente podremos deducir que aquello que “no se tiene”, puede adquirir semblantes tales como: lo imposible, lo añorado, lo perdido, lo tentador, lo prohibido. Stop.

El hombre abusador, el maltratador, el violador, el homicida, el feminicida, no atiende a un único perfil forense, aunque a nivel coloquial cualquiera de ellos pudiera ser acertadamente catalogable

como inhumano, despreciable, malvado, cobarde y un largo etcétera de apelativos. En todo caso, bien podremos señalar que cualquiera de tales actos demuestra una trasgresión ética; en definitiva, la de no hacer daño al semejante.

Si nos ponemos a mirar la psicología del agresor sexual, nos encontraremos con un sin fin de tipologías, la gran mayoría de ellas orientadas hacia el análisis de la conducta y la cognición. Se trata de investigaciones que priman la objetivación de las conductas observadas. Otras incorporan elementos psiquiátricos, como en el caso de ciertos *serial killer*, abusadores y/o violadores, que han actuado bajo los efectos de cuadros delirantes o episodios disociativos.

Sin embargo, muchas veces, las atrocidades cometidas no son fruto de desarreglos psíquicos que les impidieran tener noción de lo que hacían. En muchos de ellos, ha sido la maldad psicopática la que ha propiciado el acto transgresor. Una maldad que coexiste con una total ausencia de condolencia con la víctima, que no de empatía como erróneamente se piensa, ya que el psicópata sabe “leer” perfectamente las necesidades de su objetivo, y es por eso que se propone como medio (vehículo) para poder cubrir dichas necesidades. Para poder “leer” las necesidades de un otro, hay que estar capacitado para sintonizar, lo que no garantiza el estar igualmente capacitado para percibir el dolor infringido.

Por otro lado, están aquellos hombres que no presentan cuadros psiquiátricos, ni psicopáticos (en algunos sectores se habla de sociopatía). Se trata de hombres con una cierta funcionalidad social, hombres que pueden pasar desapercibidos e incluso ser bien considerados en su vecindario, empleo o entorno social, en general. Hombres que actúan de forma notablemente transgresora, conscientes de lo que hacen, concernidos de que su hacer es un hacer que atropella el cuerpo, la dignidad y la voluntad de la mujer, pero con notable autoindulgencia y mecanismos cognitivos para relativizar la culpa y la consiguiente angustia por la comisión delictiva.

En este artículo proponemos algunas categorías comportamentales, destiladas tras ocho años de labor terapéutica con agresores sexuales convictos. Categorías vinculadas al germen motivacional del acto delictivo, entendiendo el acto delictivo como aquellas agresiones sexuales contra mujeres, o tal y como recoge el título V del código penal: agresiones contra la indemnidad sexual.

En primer lugar, estarían los (I) **actos consumistas y voyeur:**

Actos grupales de puesta en escena y en donde la mostración de la vejación es condición erótica.

Son los actos de consumo y socialización del visionado de cuerpos forzados. Sería ésta una violencia autosatisfecha de su propia puesta en acto; una violencia que no busca decir, sino ofrecer un espectáculo de crueldad, dejando muestra clara de que lo virtual está comiendo terreno a lo real-presencial, y la capacidad de condolerse por el daño ocasionado, es un software que no se estila en el discurso de los nuevos modos consumistas.

En resumen, cabe decir que, en el mundo joven, se está jugando el peligro de forjarse una dinámica social en el que la culpa es culpa por no gozar, la vergüenza es vergüenza de no ser visto y la angustia es angustia de no ser y no angustia por no poder, como antaño.

Esta deriva perversa en el estatuto de estos reguladores, que hace de los cuerpos, objetos de consumo y mercadeo y de las redes sociales, escaparates de elección o mostración de cuerpos que ejercen violencia y cuerpos que la padecen, puede generar a futuro modos de ejercer la agresión al cuerpo femenino. Aunque cabe añadir que el consumismo, puede llegar a igualar los géneros fuera de los roles propios de la cultura patriarcal, equiparándolos entre sí como meros objetos de goce y autoconsumo

En segundo lugar, hablamos de los (II) **actos apropiativos**:

Actos individuales en donde la agresión es reflejo de un porque puedo y me lo permito.

Hemos sido testigos de cómo la comisión de delitos de agresión la protagonizaban individuos bien ajustados a los estándares sociales. Hombres con trabajo y familia, así como un círculo de relaciones más o menos contenedor, al menos en apariencia. Hombres que se dan el auto consentimiento a la agresión, a sabiendas de que se trata de un acto ilícito y dañino, aunque algunos minimicen la gravedad, como mera estrategia mental para pasar al acto.

Son los actos hechos lejos de la mirada de un otro que lo pueda descalificar. Hombres adultos que se permiten soportar la propia voz de la conciencia, revestidos de doble moral, relativizando el acto, atribuyendo la responsabilidad al hecho de sentirse seducidos o negando la gravedad al suponer que no hubo daño de su parte.

Individuos que han planificado la comisión de forma más o menos deliberada. Son los actos apropiativos, de *dueñidad*. Actos violentos como un ejercicio de poder patrimonial y al servicio de una apetencia que requiere ser satisfecha, tal puede ser el forzamiento sexual.

En tercer lugar, estarían los (III) **actos deficitarios**:

Actos individuales en donde la agresión es reflejo de un porque no lo puedo de otra manera

Son actos que nos habilitan a pensar la agresión como expresión de sentimientos subjetivos deficitarios, tales son el rencor, el deseo de dominio, el despecho o el sentimiento de culpa. Hombres que hacen uso de dicha violencia, movidos por una falta que requiere ser taponada. ¿Pero cuál sería la razón de dicha incapacidad?

Más allá de las razones individuales, derivadas de vivencias en la crianza y posteriores, y sin pretender dar respuesta redonda a una pregunta tan exigente, me atreveré a exponer tres ideas al respecto. En esta línea, incluimos aquí los actos que se ejercen en el marco de tres escenarios psicológicos, no excluyentes entre sí. Son los siguientes:

(III.a.) Las **agresiones reactivas** tras el encuentro circunstancial con una determinada mujer

En estos casos, diremos que la escena que comienza a desarrollarse en ese tipo de encuentros se registra en la mente del individuo como una escena repetida. Una escena biográfica y que le devuelve al sujeto a una vivencia íntima del lugar que ocupa para la mujer. Puede ser éste, un lugar en donde él se viva rechazado, impotente e, incluso, invisible o despreciable. La inscripción de ese lugar de resto en la psique del individuo actúa como precipitante de la comisión y sus actos, a la postre, acaban corroborando esa autopercepción

En segundo lugar, incluiríamos:

(III.b.) Las **agresiones a mujeres rivales de potencia**, por hombres que ven peligrar sus credenciales masculinas. Se trata de actos cuyo propósito primero no es hacer uso del cuerpo femenino como fuente de placer, sino del sometimiento como condición erógena, condición de capacidad, una capacidad ficticia que vela la incapacidad íntima ante el encuentro con la rival femenina.

En tercer y último lugar, vincularemos la hostilidad como respuesta compensatoria al hecho del:

(III.c.) **Desvalimiento** (que presentan estos sujetos) **ante el encuentro sexual**, siempre inquietante. Sujetos que socaban el cuerpo de la mujer, un cuerpo que encarna un modo de sentir y ser habitado que interroga al hombre sobre su lugar en él. Lo descompleta de sus

certezas y cuestiona, siempre, la garantía de su potencia y de su masculinidad. Una masculinidad que puede llegar a hacer del forzamiento y de la misoginia, dos modos de combatir la angustia por el encuentro con lo femenino, reeditando la falsa creencia en una supuesta fortaleza, lo cual aleja al hombre de su propia vivencia de feminidad y todos sus sinónimos.

Contacto

Kepa Torrealdea Koskorrotza
kepatorrealdea@gmail.com • 695 752 516 – 688 750 187
Ezpeleta nº 36, bajo, dcha • 48280 Lekeitio - Bizkaia

Bibliografía

1. Cesare Lombroso. [C L - Wikipedia](#).
2. Rita Segato. [R S - Wikipedia](#).
3. Sapiens: de animales a dioses. Yuval Noah Harari.
4. Jacques Lacan. [J L - Wikipedia](#).
5. Seminario VI: El deseo y su interpretación. Lacan J.

Flexibilidad en la técnica psicoanalítica: Reflexiones para la clínica actual.

Flexibility in Psychoanalytic Technique: Reflections for the current clinic.

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.

*"Al practicar el psicoanálisis trato de mostrarme sano, vivo y despierto.
Es decir, trato de ser yo mismo y comportarme bien"*

D. W. Winnicott (1962, p. 201)

Resumen: El presente trabajo aborda la conveniencia de introducir modificaciones en la técnica psicoanalítica para responder a las demandas de la clínica actual. Repensando los escritos técnicos de Freud y aportes de autores postfreudianos, se revisan los criterios de indicación del psicoanálisis y se plantea la relevancia de flexibilizar el encuadre sin quebrar los principios éticos y técnicos que sostienen al método psicoanalítico.

Palabras clave: técnica psicoanalítica, atención clínica, D. Winnicott y Sigmund Freud.

Abstract: This paper addresses the advisability of making modifications to the psychoanalytic technique in order to meet the demands of contemporary clinical practice. By reexamining Freud's technical writings and the contributions of post-Freudian authors, the paper reviews the criteria for indicating psychoanalysis and discusses the importance of making the framework more flexible without compromising the ethical and technical principles that underpin the psychoanalytic method.

Key words: psychoanalytic technique, clinical care, Donald Winnicott, Sigmund Freud.

El presente trabajo busca reflexionar acerca de las *modificaciones* que se pueden hacer en la técnica psicoanalítica a la hora de abordar la consulta diaria que tenemos en la actualidad.

Para esto se tomarán algunas referencias de los escritos técnicos de Freud, citas de Winnicott y reflexiones que permitan pensar sobre el uso del instrumento psicoanalítico.

La plasticidad de la técnica es posible dentro de un marco de trabajo en el que la flexibilidad del analista tenga cabida, sin desvirtuar la teoría que le dio origen. Una metáfora que da cuenta de esto sería la de una palmera que se dobla ante el huracán y luego vuelve a recuperar su forma, resistiendo sin fracturas.

El manejo del método psicoanalítico se reflexiona con flexibilidad, pero sin fracturas que lleven a cometer errores éticos e iatrogénicos para los pacientes. Para todo esto es fundamental el encuadre interno del analista, ya que su mente es parte esencial del encuadre, siendo la formación teórica-práctica, entrenamiento y análisis personal elementos trascendentales para pensar las flexibilizaciones de la técnica.

Los pacientes con los que nos encontramos en la consulta actual distan de aquellos a los que Freud sugería el análisis. Freud en *Sobre psicoterapia* (1905/1992a, pp. 253-254) dice:

1. Debe rechazarse a los enfermos que no posean cierto grado de cultura y un carácter en alguna medida confiable. No puede olvidarse que también hay personas sanas que no sirven para nada (...) Tampoco es aplicable a personas que no se sienten llevadas a la terapia por su padecer, sino que sólo se someten a ella por orden de sus parientes.
2. Las psicosis, los estados de confusión y de desazón profunda (diría tóxica), son, pues, inapropiados para el psicoanálisis, al menos tal como hoy lo practicamos. No descarto totalmente que una modificación apropiada del procedimiento nos permita superar esa contraindicación y abordar así una psicoterapia de las psicosis.
3. La edad de los enfermos cumple un papel en su selección para el tratamiento psicoanalítico: por una parte, en la medida en que las personas que se acercan a la cincuentena o la sobrepasan suelen carecer de la plasticidad de los procesos anímicos de la que depende la terapia -los ancianos ya no son educables- y, por otra parte, porque el material que debería reelaborarse {durcharbeiten} prolongaría indefinidamente el tratamiento.
4. El límite inferior de edad sólo se determina según los individuos; los jóvenes que no han llegado todavía a la pubertad a menudo constituyen un terreno óptimo para la influencia terapéutica.
5. No se recurrirá al psicoanálisis cuando sea preciso eliminar con rapidez fenómenos peligrosos, por ejemplo, en el caso de una anorexia histerica.

Freud en *El método psicoanalítico* (1904 [1992b], p. 241):

La persona que haya de someterse con provecho al psicoanálisis debe llenar muchos requisitos. En primer lugar, tiene que ser capaz de un estado psíquico normal; en épocas de confusión o de depresión melancólica, no se consigue nada ni siquiera en el caso de una histeria. Además, corresponde exigirle cierto grado de inteligencia natural y de desarrollo ético; en personas carentes de todo valor, el médico pronto pierde el interés que le permite profundizar en la vida anímica del enfermo. Las malformaciones acusadas del carácter, los rasgos de una constitución realmente degenerativa, se exteriorizan en la cura como fuentes de resistencias que es muy difícil vencer.

Y vuelve a reforzar en este escrito la exclusión a mayores de cincuenta años.

Freud se fue reformulando y cambiando así mismo a lo largo de su obra, incentivando a que se continúe avanzando en las modificaciones de sus indicaciones, tal como lo formula en el punto 2, sobre la contraindicación a la psicosis.

Siguiendo estas citas estaría (erróneamente) muy restringido nuestro campo de trabajo. Por suerte analistas postfreudianos desobedecieron estas indicaciones y hoy se tiene naturalizado y con buenos resultados el dar ayuda a muchas personas que eran excluidas en estos textos, que en la actualidad pasaron a ser anecdóticos y no centrales en la obra freudiana.

Otro punto de relevancia tiene que ver con el paciente con que nos encontramos hoy en día, ya que no son las neurosis que describió Freud, sino mayoritariamente pacientes con características border con resistencias a un método rígido, que no aceptan la alta frecuencia, el diván les parece arcaico, los *actings* llevan a interrupciones de tratamientos sorpresivos y la dificultad para pensar y pensarse pasa a ser un punto de urgencia en nuestra clínica actual.

Un cambio importante en la técnica, al momento de trabajar con pacientes border (que son de alta asistencia hoy al consultorio) tiene que ver con el trabajo cuidadoso de hacer consciente lo inconsciente. Freud dice:

Tampoco deben temer que la entrada de lo inconsciente en la conciencia del enfermo le provoque un sacudimiento dañino, pues pueden convencerse en la teoría de que el efecto somático y afectivo de la moción que devino consciente nunca puede ser tan grande como el de la moción inconsciente". (1905[1992a], p. 255).

Con los pacientes actuales, se debe ser cuidadoso de lo que se haga consciente porque sí puede ocasionar un sacudimiento dañino en casos de psiquismos deficitarios. Centrarnos en hacer consciente lo inconsciente, técnicamente no siempre debe ser lo prioritario, ya que, por las características primitivas de los funcionamientos psíquicos de muchos pacientes actuales, es fundamental la importancia de un encuadre que priorice el holding y tolere la fragilidad de los pacientes, postergando nuestra capacidad analítica, donde la interpretación y el hacer consciente lo inconsciente esperen las condiciones dadas.

Siguiendo con una cita del creador del psicoanálisis:

Entre la técnica sugestiva y la analítica hay la máxima oposición posible: aquella que el gran Leonardo da Vinci resumió, con relación a las artes, en las fórmulas *per via di porre* y *per via di levare*. La pintura, dice Leonardo, trabaja *per via di porre*; en efecto, sobre la tela en blanco deposita acumulaciones de colores donde antes no estaban; en cambio, la escultura procede *per via di levare*, pues quita de la piedra todo lo que recubre las formas de la estatua contenida en ella. De manera en un todo semejante, señores, la técnica sugestiva busca operar *per via di porre*; no hace caso del origen, de la fuerza y la significación de los síntomas patológicos, sino que deposita algo, la sugestión, que, según se espera, será suficientemente poderosa para impedir la exteriorización de la idea patógena. La terapia analítica, en cambio, no quiere agregar ni introducir nada nuevo, sino restar, retirar, y con ese fin se preocupa por la génesis de los síntomas patológicos y la trama psíquica de la idea patógena, cuya eliminación se propone como meta. (1905/1992a, p. 250).

En la actualidad, es importante pensar que no podemos trabajar solo *per via di levare*, en que buscamos levantar resistencias y que florezca el inconsciente, ya que la clínica actual nos lleva a tener mucha paciencia y cuidado para esperar esos momentos. En pacientes inestables y actuadores, poder contenerlos para que aparezcan contenidos (Bion) es fundamental, por lo que gran parte del análisis debemos ponernos en el rol de una madre suficientemente buena (Winnicott): ayudar a pensar al paciente es prioritario. En muchos casos debemos actuar *per via di porre*, en que se le introduce pensamientos a un psiquismo con dificultades para crearlos por sí mismo. Aquí describo cómo el analista debe ser versátil para acomodarse a las necesidades del paciente, tomando citas de Winnicott (1962):

El análisis por el análisis no significa nada para mí. Yo analizo porque eso es lo que el paciente necesita. Si el paciente no necesita un análisis entonces hago otra cosa (...) Siempre me adapto un poco a lo que el individuo espera al principio (...) Hay ciertas condiciones que he aprendido a reconocer y que, cuando se presentan, hacen que me encuentre trabajando más como psicoanalista que en calidad de ejercitante de un análisis con todas las de la ley (...) De todos modos lo normal es que el análisis se aplique a quienes lo deseen, necesiten y son capaces de resistirlo. (pp. 202-205).

Como psicoanalistas no debemos dejar de estudiar en profundidad la técnica que utilizamos para curar a nuestros pacientes, teniendo claro cómo maniobrar los elementos centrales del método como lo es la abstinencia y atención flotante, pero también manteniendo el espíritu freudiano de cuestionar lo establecido, ser intrépido y desafiar el *status quo*. Estas características le permitieron a Sigmund pasar de la hipnosis al método psicoanalítico dando lugar, de esta manera, a nuevas reflexiones clínicas y técnicas, que favorecieran un estilo auténtico como analista, evitando las posiciones de acólito y subordinado.

Si bien la técnica se puede cuestionar y modificar, hay algo que es indispensable que siempre esté, que es el compromiso y perfil humano del analista con el paciente.

Contacto

Ignacio Lafalla • lafallaignacio@gmail.com

Referencias bibliográficas

Freud, S. (1905 [1904]1992a). *Sobre la psicoterapia*. En J. L. Etcheverry (Trad.), *Obras Completas*. (Vol. 7, pp. 243-257). Amorrortu.

Freud, S. (1904 [1903] 1992b). *El método psicoanalítico*. En J. L. Etcheverry (Trad.), *Obras Completas*. (Vol. 7, pp. 233-242). Amorrortu.

Freud, S. (1912) 1991a. *Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico*. En J. L. Etcheverry (Trad.), *Obras Completas*. (Vol. 12, pp. 107-120). Amorrortu.

Freud, S. (1912) 1991b. *Sobre la dinámica de la transferencia*. En J. L. Etcheverry (Trad.), *Obras Completas*. (Vol. 12, pp. 93-106). Amorrortu.

Freud, S. (1913) 1991c. *Sobre la iniciación del tratamiento*. En J. L. Etcheverry (Trad.), *Obras Completas*. (Vol. 12, pp. 121-144). Amorrortu.

Freud, S. (1910d) 1999. *Las perspectivas futuras de la terapia psicoanalítica*. En J. L. Etcheverry (Trad.), *Obras Completas*. (Vol. 11, pp. 130-142). Amorrortu.

Lafalla, I. (2024). Derivaciones actuales y expectativas del terapeuta. *Revista Norte de Salud Mental. Revista de salud mental y psiquiatría comunitaria*. (19) 71, 39-42.

Lafalla, I. (2025). Cambios en la función paterna. Acerca del malestar en la cultura actual. *Revista Norte de Salud Mental. Revista de salud mental y psiquiatría comunitaria*. (20) 72, 102-105.

Winnicott, D. (1965). *El valor de la consulta terapéutica*. En: *Exploraciones Psicoanalíticas II*. Ed. Paidós.

Winnicott, D. (1962). *Los designios del tratamiento psicoanalítico*. En: *El proceso de maduración en el niño (Estudios para una teoría del desarrollo emocional)*. (pp. 200-206). Barcelona: Laia.

- Recibido: 17/11/2025.
- Aceptado: 28/03/2026.

Neurosis Obsesiva y Trastorno por Déficit de Atención en el adulto. Coyuntura de un deslizamiento.

Obsessive Neurosis and Attention Deficit Disorder in adults: the Conjunction of a slip.

Nicolás Vucínovich Roca. Médico psiquiatra.

Unidad de Salud Mental Comunitaria "Oriente", Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Resumen: Se propone, mediante este trabajo, reflexionar acerca de las condiciones actuales (históricas y paradigmas clínicos) que pudieran estar relacionados con un deslizamiento diagnóstico desde la neurosis obsesiva en el adulto hacia su trastorno por déficit de atención (TDA-A).

Palabras clave: Neurosis obsesiva; Trastorno por déficit de Atención del Adulto; Diagnóstico; Psicoanálisis.

Abstract: This paper proposes to reflect upon the current conditions (historical and clinical paradigms) that could be related to a diagnostic shift from obsessive neurosis in adults toward attention deficit disorder (ADD-A).

Key words: Obsessive Neurosis, Adult Attention-Deficit Disorder; diagnosis; Psychoanalysis.

Introducción

Me estoy encontrando en la consulta con una demanda que cada vez se hace más frecuente y que comparte elementos repetidos: son las personas adultas que solicitan que se les confirme el diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención.

Cuando tengo esta sensación, esta impresión de que algo se masifica, homogeneiza, de que los pacientes que llegan piden ser reconocidos, nombrados, diagnosticados y hasta medicados, con los mismos test, códigos y productos; cuando tengo la sensación de que las escenas que precipitan en ellos la necesidad de pedir ayuda a un psiquiatra se asemejan, y que antes de llegar a la consulta han leído ya, se han informado y, en grado similar, se han reconocido en esta información; cuando todo esto, que se ha vuelto tan frecuente en la unidad de salud mental donde trabajo, sucede, entonces, me inquieto. Esta gente parece atravesada por el mismo discurso, padecer las mismas dificultades, y frente a estas, apuntar a las mismas soluciones.

Hay algo masivo en este acontecimiento clínico. Y lo que se presenta como igual, recurrente, repetido, va a contracorriente de aquello que orienta nuestra práctica: facilitar que algo singular, subjetivo, personal, pueda ser dicho allí. Sostener esta apuesta, esta esperanza de que algo nuevo pueda ser dicho, esperar que algo de esto surja de la persona que así se presenta, requiere un esfuerzo: presencia del clínico para escuchar y preguntar, paciencia para permitir el despliegue de una demanda menos alienada y engañosa que la de ser reconocido como enfermo.

Para trazar los límites de esta reflexión clínica, compartida con los compañeros y compañeras de equipo, y después de haber discutido en muchas de nuestras reuniones acerca de esto, me apoyo en una serie de casos (9 pacientes) atendido en este último año (en un período de 10 meses).

Resumen de los Casos

Estas personas no fueron diagnosticadas ni tratadas en la infancia porque las dificultades para concentrarse surgieron en la adolescencia o posteriormente, en los casos que he recogido: hacia finales de la educación secundaria, en la universidad o al encontrarse con las primeras exigencias de la vida laboral, de la convivencia en pareja o la paternidad/maternidad. Esta ausencia de clínica en la infancia y su irrupción en la adolescencia no parece ser ya un dato clínico relevante, y es pasado por alto con frecuencia a la hora de hacer el diagnóstico que buscan confirmar. Estos pacientes recuerdan una infancia bastante ordenada, contenida, escrupulosa y en casos pulcra, con buen rendimiento en la educación primaria y sin historia de impulsividad desatada ni problemas de conducta.

Estos pacientes se quejan porque no se concentran lo suficiente, no rinden en sus trabajos, en general, no están a la altura, por su rendimiento, de lo que se espera de ellos. Se sienten lejos de un rendimiento ideal. Un paciente joven, teleoperador, dice: "tengo que hacer 40 cosas a la vez, contestar el teléfono, escribir mails y whatsapp". Una madre de tres hijos se lamenta: "en mi trabajo no paro, en mi casa no paro, y si hiciera todo lo que tengo que hacer de forma eficiente, tendría algo de tiempo para mí". Una paciente joven: "no puedo sostener mi trabajo si no tomo esa medicación, no llego". Un hombre de mediana edad: "mi mujer me dice que tengo la misma enfermedad que nuestro hijo, y que por eso no la escucho y tiene que repetirme las cosas 10 veces". Otra paciente: "salgo del trabajo y me pongo a estudiar para las oposiciones, y cuando me doy cuenta estoy leyendo y no me entero, o no recuerdo lo que he leído, y así pierdo todo el poco tiempo que tengo".

Frente a esta (auto) imposición de un rendimiento ideal la persona no protesta: lejos de revelarse contra una carga exagerada, claudican frente a esta demanda (que en último término siempre reconoce como propia: "soy muy autoexigente") y se proponen, para darle forma y nombre a este martirio, en posición de enfermo mental, en su vertiente "deficitaria".

Desde el psicoanálisis puede intuirse, a partir de los relatos de estos pacientes, el ostigamiento cargante superyoico que padece el obsesivo, y el sometimiento, el ofrecimiento del yo a este sadismo, hasta puntos que a veces es difícil diferenciar de la melancolía. El diagnóstico bien hallado se propone como la nueva diana en el yo. El nuevo nombre (común) coagula las faltas, incapacidades, fallos, flaquezas del sujeto. A su vez, el nuevo nombre habilita una esperanza: ¿si esto es una enfermedad, habrá un remedio que me permita estar al nivel del ideal, saltar esa brecha, llenar esa falta, y callar así a la pulsión machacona? Esta esperanza nos muestra la alienación del deseo al discurso cientificista: la entrada al laberinto de la medicalización.

Algunas de estas personas llegaron a consulta porque sus hijos habían sido diagnosticados (recientemente) de déficit de atención, y encontraron en ello una explicación para sus propios despistes y dificultades. Así, el diagnóstico de déficit de atención como un rasgo familiar heredado, parece ser un efecto subsidiario del ya viejo narcisismo entre padres e hijos, descrito por Freud en su Introducción del Narcisismo: el negativo del ideal reflejado, rebotando, entre padres e hijos (1).

Tecnología, Trabajo y Neurosis

Creo que la neurosis prevalente en nuestra sociedad, occidental, neoliberal y modernísima, es la neurosis obsesiva. La neurosis del trabajador de la que se sirve el sistema y que garantiza su avance. Y el nuevo encaje que esta neurosis ha encontrado en el discurso neurobiológico / psicológico está facilitado por este nuevo diagnóstico, TDA del Adulto. No digo "siempre", aunque sí "muchas veces". Hay un deslizamiento hacia allí, también condicionado por el olvido de la clínica freudiana que impera.

El desarrollo técnico, la velocidad y asepsia de las máquinas y circuitos, su agilidad y fiabilidad, su promesa de rendimiento infinito, han dado lugar a una inversión curiosa, y en cierto modo cómica: hemos pasado de la máquina creada por el hombre, al hombre moldeado por la máquina, ahora, a

su imagen y semejanza. En nuestro campo, por ejemplo, tendemos a aceptar cada vez más modelos del funcionamiento psíquico y expresiones (la memoria, la velocidad de procesamiento, de trabajo, redes neuronales, codificación...) importados de la jerga informática. La técnica, desde que se nos ha ido de las manos (nadie sabe cómo funciona eso a estas alturas), se ha vuelto, para la gran mayoría, el modelo, el espejo (negro) de lo psíquico. Lo que se popularizó, al comienzo de la informática, como un esquema, una metáfora de lo psíquico, ha devenido su modelo ideal: no podemos imaginar ya un funcionamiento psíquico que no tenga una correspondencia punto por punto con el estado actual de la técnica. Estos modelos dejan afuera a la pulsión sexual y su relación con el pensamiento. En el discurso común, en la TV, en algunas series, aparece encarnada en algún protagonista, una inteligencia que no está lastrada por la pulsión, una inteligencia sin cuerpo, sin deseo que distraiga.

Este imaginario tiene alcances y consecuencias en el medio laboral, un medio en el que el sujeto repite y pone en juego su libido, sus anhelos, sus esperanzas de reconocimiento, sus deseos y su narcisismo. Muchos de estos pacientes le suponen al Mercado laboral, (donde los trabajadores son, cada vez más, reemplazados por máquinas y los operadores por robots incansables), una intención: disponer un trabajador máquina, muerto en su subjetividad.

Esta coyuntura posmoderna laboral (mercado, técnica, hiperpotencia de la máquina), ofrece al neurótico obsesivo una vía de identificación y sintomática regia, preciosa. En su relación con el Jefe, se trata para el obsesivo de obturar el deseo adelantándose a sus demandas, anticipándose, respondiendo de forma incuestionable a este otro para así clausurarlo. Si, como es lógico dada la insaciabilidad en juego, no pudiera sostenerse en esta eficacia maquinal, entonces, esta imposibilidad (estructural) se le presenta, se le ofrece ahora, como un déficit. Lo ha visto, lo ha leído, es lo que le pasa. Desde el momento en que esta falta es nombrada como déficit, se abre la necesidad de un tratamiento que restituya un superavit.

Así parece presentarse ahora, en estos casos, la dialéctica Yo - Superyó, planteada por Freud en "Inhibición, síntoma y angustia" (2), y transferida al medio laboral: es "la Novela Laboral". Un yo vasallo, inhibido, de la pulsión sádica insaciable superyoica y lastrado por la defensa que toca, claro está, la endeble función de la atención, de la concentración, y en último termino el pensamiento, libidinizado en el sujeto obsesivo.

Deslizamiento hacia el TDA

Creo que es imposible orientarse en la clínica de la neurosis obsesiva sin Freud: terminamos haciendo un menaje con el trastorno obsesivo de la personalidad, el TDA, algunos pacientes del espectro autista (Asperger), TCAs, Esquizotocs. Nos pasará como con la histeria y su estallido nosológico.

Debemos tener en cuenta los efectos que la defensa tienen en el flujo del pensamiento obsesivo para diferenciarlos del TDA. El retorno obsesivo del deseo, la idea obsesiva intrusiva, egodistónica, la contrainvestidura empleada en la defensa y las consecuencias que este conflicto psíquico acarrea para el obsesivo en su pensamiento (intrusiones, dudas, procrastinación, rodeos), el esfuerzo extra que emplea para mantener a raya estos retornos reprimidos, todo esto afecta a la frágil función de la atención. El aparato (psíquico) está en otra, se distrae, no se concentra.

No se trata de un déficit atencional para Freud, sino de una inhibición, consecuencia de la erotización primaria del pensamiento, de su investidura libidinal inicial. En la coyuntura conflictiva esta atención se ve lastrada por los efectos de esta defensa, de la pulsación del inconciente en su retorno y por la contrainvestidura requerida.

También conviene atender en la recogida de la historia clínica a los cambios clínicos en el obsesivo en torno a la pubertad y a la nueva forma que el cuadro adquiere allí, si lo comparamos con su presentación durante la infancia. Como sucede en otras neurosis, hay en la pubertad un ajuste en la defensa, y en la clínica, correlativo del nuevo empuje pulsional.

Concluyendo

La coyuntura neoliberal y el abuso optimista del discurso científico, la fascinación de las personas por la técnica, su idealización y la aspiración a la perfección, y la claudicación voluntaria de estas frente a la potencia de este modelo, son el terreno actual, histórico, donde la vieja neurosis obsesiva sobrevive. Su contracara, el TDA en el adulto: la aceptación de este diagnóstico, el nombre que engancha al sujeto al engranaje del progreso, y que lo aliena a la promesa de un discurso acéptico.

Contacto

Nicolás Vucinovich Roca • comansemichave@yahoo.com
Unidad de Salud Mental Comunitaria "Oriente".
Hospital Universitario Virgen del Rocío.
Calle Cueva de la Pileta S/N, 41020 Sevilla.

Bibliografía

Freud, S. (1992). Introducción del narcisismo. En J. L. Etcheverry (Trad.), Obras completas: Sigmund Freud (Vol. 14, pp. 67-102). Amorrortu Editores. 1914.

Freud, S. (1992). Inhibición, síntoma y angustia. En J. Strachey (Ed.), Obras completas de Sigmund Freud (J. L. Etcheverry, Trad., Vol. 20, pp. 71-164). Buenos Aires: Amorrortu. 1926).

- Recibido: 15/05/2026.
- Aceptado: 02/07/2026.



HISTORIA

Hace ya algún tiempo: Psiquiatras españoles exiliados a Venezuela en la Guerra Civil.

Some time ago: Spanish psychiatrists exiled to Venezuela during the Civil War.

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

Reda Rahmani El Ouachekradi. Médico de Familia. Psiquiatra. Osakidetza-SVS. Ondarroa (Bizkaia).

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

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

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

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

Resumen: Presentamos las biografías de José Solanes Vilaprenyó (1909-1991), José Luis Ortega Durán (1905-1965) y Alberto Mateo Alonso (1912-1969); quizás los tres psiquiatras más destacados dentro del numeroso grupo de médicos españoles exiliados en Venezuela durante nuestra Guerra Civil. Al final del artículo se incluye un apéndice, con una breve mención a otros psiquiatras y psicólogos también exiliados a Venezuela en aquellos años.

Palabras clave: José Solanes Vilaprenyó, José Luis Ortega Durán, Alberto Mateo Alonso, Psiquiatras españoles exiliados, Psiquiatría y Guerra Civil española, Psiquiatría venezolana, Historia de la psiquiatría.

Abstract: José Solanes Vilaprenyó (1909-1991), José Luis Ortega Durán (1905-1965) and Alberto Mateo Alonso (1912-1969) were perhaps three most outstanding psychiatrists within the large group of Spanish doctors exiled to Venezuela during Spanish Civil War. This paper summarizes their biographies as well as a final appendix with some brief mention on other psychiatrists and psychologists also exiled to Venezuela in those years.

Key words: José Solanes Vilaprenyó, José Luis Ortega Durán, Alberto Mateo Alonso, Spanish psychiatrists in exile, Psychiatry and Spanish Civil War, Venezuelan Psychiatry, History of Psychiatry.

José Solanes Vilaprenyó

Su vida en España

José Solanes Vilaprenyó –cuyo apellido aparece en ocasiones como Vilapreñó– nació el 17 de noviembre de 1909 en Pla de Santa Maria (Tarragona), como hijo de Pablo Solanes Alberich (1872-1954) y Rosalía Vilaprenyó Moncusí (¿-?)¹⁻³. Tuvo varios hermanos y creció en el seno de una familia de farmacéuticos; ya que su padre y sus dos abuelos ejercieron este oficio¹⁻³. El abuelo materno se llamaba Joaquim Vilaprenyó, se había casado con Carme Montcusí y fueron padres de otros tres hijos, además de Rosalía,

cuyos nombres eran Joaquím, Josep y Carme². Cursó los estudios primarios en Pla de Santa María y los secundarios en Tarragona¹. En 1925 inició la licenciatura en la Facultad de Medicina de Barcelona, que concluiría en 1932^{1,3-8}. Durante sus años universitarios y movido por una temprana inclinación literaria colaboró en publicaciones como “Lleida. Revista d’informacions i estudis”, o “hélíx”, revista esta última que acogió trabajos de diversos artistas, entre los que se encontraban Joan Miró o Salvador Dalí^{1,3,5,7,8}.

En enero de 1933 ingresó por concurso en el Instituto Pere Mata de Reus como médico interno, señalándose su estancia oficial en el centro hasta junio de 1937^{3-5,9}. Se integró inicialmente en el equipo del psiquiatra Emilio Mira López (1896-1964), que ejercía entonces las funciones de director-consultor y quien, desde septiembre de 1933, dirigió la cátedra de Psiquiatría en la recién creada Universidad Autónoma de Barcelona^{9,10}. Cuando José Solanes comenzó su andadura profesional el Instituto Pere Mata estaba dirigido oficialmente por Josep Briansó Salvadó (1888-1949), hijo de uno de los fundadores del establecimiento^{9,11}. En la plantilla del centro se encontraban, entre otros, los psiquiatras Joaquín Gimeno Riera (1877-1945), durante un tiempo también director-consultor^{9,12}, Joaquím Alíer Gómez (1907-1968)^{9,13}, Salvador Vilaseca Anguera (1896-1975)^{9,14} y Francesc Abelló Pascual (1892-1973)^{9,15}. Poco más tarde se incorporó Francesc Tosquelles Llauredó (1912-1994), con quien José Solanes establecería una relación de amistad^{9,16-19}. Además, los dos militaron en el Partido Obrero de Unificación Marxista (POUM) y ambos acabaron sufriendo las vivencias del exilio^{3,7,16-19}.

Durante la Guerra Civil española Salvador Vives Casajuana (1886-1975) ejerció como responsable de los servicios psiquiátricos catalanes, y a partir de 1938 Emilio Mira fue el jefe de los servicios psiquiátricos nacionales del ejército republicano^{10,16,20,21}. La sublevación militar sorprendió a José Solanes trabajando en Reus y en agosto de 1936 fue encargado de evacuar a los pacientes del manicomio de Huesca^{9,16,20}. En 1937, ya militarizado, acompañó a las milicias antifascistas en el llamado “Frente de Aragón” –donde también estuvieron los psiquiatras Santiago Montserrat Esteve (1910-1991), Jaume Sauret Guasch (1910-1964) y Francesc Tosquelles–; y más tarde fue destinado a los servicios psiquiátricos del IV Cuerpo del ejército republicano, llegando a alcanzar el grado de capitán^{3,4,16,20}.

El exilio en Francia

Al final de la contienda bélica, José Solanes se exilió a Francia, al igual que hicieron F. Tosquelles y J. Sauret^{3,7,16,18}. Se estableció muy brevemente en Perpignan, donde regularizó legalmente su situación, viviendo posteriormente en Toulouse entre 1939 y 1944¹. Allí comenzó a trabajar en la Colonia infantil de Larade y más tarde lo hizo como médico voluntario en un dispensario de la “Direction Urbaine de la Defense Passive”^{1,20}. En paralelo, se matriculó en la universidad local, donde obtuvo el “Diplôme pour l’Enseignement du Français à l’Etranger” y el “Certificat d’Etudes Françaises Supérieures”, lo que le permitiría la lectura de una tesis doctoral en la misma institución académica cuatro décadas después^{1,8}. En Francia contó, al igual que muchos otros médicos catalanes exiliados, con la ayuda del psiquiatra Maurice Dide (1873-1944), con quien J. Solanes y F. Tosquelles habían coincidido en Reus hacia 1929^{7,16,20}. En 1944 le ofrecieron a J. Solanes un puesto de médico interno en el hospital psiquiátrico de Rodez, para ocupar la vacante dejada por Jacques Latrémolière (1918-1991) y trabajar como asistente de Gastón Ferdière (1907-1990), psiquiatra, también poeta y muy relacionado con destacados intelectuales de la época^{1,7,16,22}. Desde 1943 allí estaba ingresado el prolífico literato Antonin Artaud, a quien habían trasladado hasta Rodez para intentar preservarlo de su posible exterminio a manos de los nazis, ya que padecía una patología psiquiátrica^{1,19,22}. José Solanes establecería una peculiar relación con A. Artaud, tras escribirle el francés una emotiva carta –a pesar de la opinión negativa que tenía sobre la psiquiatría– después de escucharle una conferencia en el hospital sobre el exilio^{1,7,18,19,22-24}.

En 1945, año en que finalizó la II Guerra Mundial, José Solanes se trasladó a París como médico interno adscrito al profesor Paul Guiraud (1882-1974), en el servicio psiquiátrico del hospital Sainte Anne^{1,25}. Allí tuvo la ocasión de trabajar también con el psiquiatra ruso Eugène Minkowski (1885-1972), cuya vida tuvo un cierto paralelismo con nuestro protagonista respecto al exilio^{1,7,24,25}. A través de

este profesional, toda una referencia mundial en el estudio fenomenológico de la esquizofrenia²⁶, se interesó especialmente por los trabajos del filósofo y psiquiatra suizo-alemán Karl Jaspers (1883-1969), influyendo ambos autores de una manera fundamental en la concepción que José Solanes tuvo de la psiquiatría^{1,20,27-30}.

En 1946 fue contratado como médico interno en la Clinique Médicale du Centre, ubicada en Huisseau sur Cosson, localidad muy cercana a Blois, bajo las órdenes del psicoanalista Michel Renard y donde permanecería hasta 1949^{1,3,31}. En 1947 se había casado con la enfermera Lucette Clausener (¿-1981), que aportó al matrimonio un hijo llamado Gastón^{1,3,24,32}. Con ella nuestro protagonista tuvo en 1948 a su única hija, Rosalía Madeleine Solanes Clausener, quien con los años destacó como artista de la cerámica y le daría un nieto llamado Alexis Lecoeur^{1,24,32,33}.

Para finalizar la vida de José Solanes en Francia señalaremos que, aunque hemos encontrado una referencia que indica la posibilidad de que trabajase un tiempo como “asistente” de Francesc Tosquelles, en el hospital de Saint Alban²³, no hemos hallado ninguna otra reseña sobre esta cuestión en el resto de los trabajos consultados. Sin embargo, cabe suponer que, dada su amistad, cercanía geográfica y circunstancias paralelas, ambos colegas se reuniesen con cierta frecuencia en Francia. Y es seguro que mantuvieron el contacto durante el exilio venezolano de José Solanes, coincidiendo al menos una ocasión en ese país, como se detallará³².

El exilio en Venezuela

José Solanes llegó a Venezuela el 13 de octubre 1949, contratado por el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social venezolano^{1,3,8,20}. Fue el último país donde residió y en el que logró sus mayores éxitos profesionales; fundamentalmente realizados en el “Estado” (término análogo a una comunidad federal) Carabobo, ubicado en el centro-norte del país^{1,8,32}.

Apenas llegado trabajó como director de la Colonia psiquiátrica de Anare, en el Estado La Guaira^{1,3,8}. Como se expone, el primer dirigente de la “Colonia” fue, desde 1945, otro psiquiatra español exiliado a Venezuela y que también había trabajado con Emilio Mira en España, llamado Alberto Mateo Alonso, quien intercedió para contratar a José Solanes²⁰. Alberto Mateo Alonso había sido nombrado para el cargo por José Luis Ortega Durán, asimismo psiquiatra español exiliado en Venezuela, también discípulo de Emilio Mira, y que en aquel entonces ocupaba un alto cargo directivo en la sanidad pública del país^{1,32,34-36}.

Aunque se suele considerar a la fundación del “Asilo de enajenados” (1936) como el primer hito psiquiátrico importante en el Estado Carabobo, parece que el desarrollo de la asistencia a la salud mental en esta comunidad comenzó a despuntar tras la creación, en diciembre de 1946, de la División de Higiene Mental del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social venezolano³². Pero lo hizo especialmente desde finales de 1951, cuando el gobierno del país inauguró la Colonia psiquiátrica de Bárbula, cercana a la carabobeña ciudad de Valencia³⁷. Esta “Colonia”, proyectada inicialmente para albergar 1.200 pacientes crónicos, se abrió con un total de 400 camas, resultando una de las mejor dotadas de América Latina^{1,32,37}. Como primer director nombraron al psiquiatra venezolano Cristóbal Macía Anzola (1912-2011)^{32,38,39}, y entre 1952-1977 José Solanes fue jefe de servicio del centro* y pionero allí del desarrollo de la terapia ocupacional, a la cual prefería llamar “activoterapia”^{1,4,8,20,35}. En 1966 la “Colonia” pasó a ser denominada “Hospital psiquiátrico de Bárbula Dr. José Ortega Durán”, en honor al mencionado psiquiatra español, fallecido el año anterior y considerado el principal impulsor de dicha institución^{10,32,35,39}.

* Un autor señala que José Solanes se encargó también de dirigir La Bárbula durante unos meses, en 1954.

En 1951 José Solanes resultó admitido como miembro de la Liga Venezolana de Higiene Mental, y en 1959 lo fue en la Sociedad Venezolana de Psiquiatría (SVP); siendo uno de los fundadores de la delegación regional ("Capítulo") de Carabobo en la SVP^{1,8}. Ocupó la presidencia de la junta directiva de esta delegación entre 1964-1965 y fue presidente de la SVP entre 1975-1976^{1,3,8}.

Desde finales de 1951 y hasta 1963 ejerció como profesor de la cátedra de Psicología e Higiene Mental de la Escuela Nacional de Enfermeras de la ciudad de Valencia^{1,8}. En 1957 había obtenido la nacionalidad venezolana, y convalidado su título de médico-cirujano a través de la Universidad Central de Venezuela (UCV)^{1,8}. Al año siguiente se reabrió la Universidad de Carabobo –que había sido clausurada en 1904 por la dictadura del general José Cipriano Castro Ruiz–, creándose tres facultades: Medicina, Derecho e Ingeniería Industrial; y en 1959 José Solanes fue nombrado profesor de la primera cátedra de Psicología Médica venezolana, regentando su jefatura desde 1967 hasta 1982^{1,3,5,8,39}.

Entre 1969 y 1973 fue delegado principal por la Facultad de Medicina en el Consejo de Desarrollo Científico y Humanístico universitario de Carabobo⁸. En 1979 se reformaron los planes de estudio y la Facultad de Medicina pasó a denominarse Facultad de Ciencias de la Salud³⁹. Se crearon departamentos multidisciplinarios, entre ellos el de Salud Mental, que estaba encargado de la docencia correspondiente a dicho ámbito en las carreras de Medicina (con las asignaturas de Psicología Médica y Psicopatología y Clínica Psiquiátrica), de Odontología (con Psicología, Psicología Evolutiva y Psicopatología), de Bioanálisis (con Psicología General) y de Enfermería (con Psicología General y Psiquiatría)³⁹. Como primer jefe del departamento fue elegido por unanimidad José Solanes y mantuvo dicho cargo hasta su jubilación en 1982, siendo sustituido por el profesor Carlos Alberto Rojas Malpica (1946-), quien pertenece a la Real Academia Nacional de Medicina española desde 1999^{1,3,8,32,39}.

La labor que desarrolló José Solanes al frente del departamento venezolano le hizo merecedor de ser considerado el fundador de la denominada "Escuela de Valencia", entre cuyos miembros se encuentran, entre otros muchos y además del nombrado Carlos A. Rojas Malpica, los psiquiatras Vicente Pontillo Chavelli (ca. 1946-2025), Néstor de la Portilla Geada (ca. 1943-ca. 2022), Miguel Efraín Sedek León (ca. 1943-) o Freddy Seidel Díaz (1948-)^{24,39,40}. A la plantilla laboral del departamento también perteneció el español Pedro J. Téllez Carrasco (1925-2005), madrileño formado con Juan José López Ibor (1906-1991), residente en Venezuela desde 1961 y autor de una extensa monografía sobre la historia de la psiquiatría en Carabobo^{24,32,39,40}.

Como se ha mencionado, también mantuvo el contacto con su viejo amigo Francesc Tosquelles y al menos en una ocasión este fue invitado a Venezuela, a propósito del II Congreso Venezolano de Psiquiatría y Neurología de la SVP; realizado en Valencia en enero de 1967 y presidido por J. Solanes³².

Finalmente cabe señalar que José Solanes fundó una clínica-residencia privada en Carabobo en 1973, junto a Román Prypchan (1919-1999) y Rolando Gandica (?-?), ambos colegas en Bárbula, pero tanto nuestro protagonista como R. Gandica se desvincularon pronto del centro, quedando éste en manos de R. Prypchan durante años³².

Su obra escrita

Nuestro autor publicó numerosos trabajos de índole psiquiátrica y psicológica, entre ellos^{1,7,8,16,20,29,32,41,42}: "Com se surt dels frenocomis. Consideracions sobre unes estadístiques de l'Institut Pere Mata" (1935), "La meningitis aséptica en el tractament de l'esquizofrènia" (1935), "Petita contribució a la psicología del temps de guerra. Divagacions a partir dels gerundis" (1936), "Contribució a l'estudi de la psicopatologia de les personalitats post-traumàtiques" (1937), "Idees per a una psicoteràpia de les síndromes psiquiàtriques de guerra" (1937), "Psiquiatria i Guerra" (1946), "La nova 'psiquiatria' d'Emili Mira" (1947), "El uso de las corrientes unidireccionales en Psiquiatría" (1955), "El problema del enfermo mental llamado crónico" (1958), "Consideraciones sobre el lugar que corresponde a la laborterapia en la organización de la asistencia psiquiátrica" (1958), "Un ensayo de terapéutica ocupacional mixta"

(1959), "Terapéutica ocupacional, resumen de las lecciones dictadas" (1959), "Una precursora criolla de la Enfermería Psiquiátrica: Celine Álvarez Baa, enfermera de Adele Hugo" (1961), "El enfoque autobiográfico de las adicciones" (1962), "Las estadísticas venezolanas de mortalidad y su alcance médico-psicológico" (1964), "Introducción a la psicología médica" (1967), "El médico, su personaje y su persona" (1967), "Jaspers en situación" (1969), "Suicidios e intentos de suicidio por ingestión de tóxicos en una capital regional" (1969), "Mecanismos psicológicos de entrada e instalación en la enfermedad. Sus particularidades en la Epilepsia" (1970), "Temas de psicología médica" (1970), "Mateo y la muerte" (1970), "Artesanía Indígena y uso de drogas" (1971), "Gregorio Bermann o del ser y el saber" (1972), "Lecturas y hallazgos. Quién fue Placebo?" (1973), "¿Quiénes son los crónicos? ¿Qué es la cronicidad?" (1974), o "El campo de la psicología médica" (1984).

Sin embargo, la literatura y la filosofía fueron sus áreas de especial predilección. Comprensiblemente, el hecho de que fuera un exiliado de guerra condicionó su trayectoria vital y profesional, influyendo notablemente en la mayor parte de su obra y especialmente en su tesis doctoral^{1,3,29}. José Solanes inició la realización de este trabajo académico estando en Francia, hacia 1940; o al menos esto es lo que le da a entender en una carta a su amigo, también exiliado, el ingeniero Joaquim Torrens-Ibern³³. Cuarenta años después regresó a la Universidad de Toulouse, para alcanzar el grado de "Docteur en Lettres, très honorable", sección Filosofía, el 10 de diciembre de 1980, poco después de cumplir 71 años^{1,3,5,8}. Hay leves discrepancias respecto al título original^{1,3,5,7,8,20,29,41}, pero parece que la tesis está registrada como "Les noms de l'exil et l'espace des exilés", y fue dirigida por el hispanista francés Alain Guy⁴³. José Solanes no pudo ver la publicación de su obra en forma de libro, ya que la primera edición se realizó póstumamente en Caracas en 1993, dos años después de su muerte y con el título "Los nombres del exilio"^{7,20,33}. En España la publicó la editorial Acantilado en 2016, en un texto titulado "En tierra ajena: exilio y literatura desde la "Odisea" hasta "Molloy"⁴⁴. La tesis, dividida en seis "libros" (capítulos), sintetiza el estudio y sus vivencias del exilio, las cuales han sido objeto de numerosos análisis^{8,20,29,45-50}.

Además de lo reflejado en su doctorado, José Solanes escribió numerosos trabajos de carácter filosófico y literario; entre otros los titulados^{1,4,7,8,20,29,41,49,50}: "La futura novel.la rural catalana" (1929), "Significació social del surrealisme" (1930), "Els remeis de l'exili. Notes per a una psicagogia de l'exiliat" (1945), "À la mémoire de Maurice Dide" (1945), "Captivitat i exili. Notes per a una psicología del retorn" (1946), "Coneixement de la Guerra" (1946), "Les formes de la vida catalana" (1947), "L'home català" (1947), "El temps de l'exili" (1948), "Exil et troubles du temps vecu" (1948), "Reflexions sobre l'espanyol i els qui el parlem" (1949), "La estructura espacio-temporal del mundo de los emigrados" (1951), "De los soliloquios y sus misterios" (1966), "Acerca de la alienación y los alienados" (1971), "Misterios de la traducción" (1973), "Breve psicología del retrato" (1973), "Acerca de Carlyle, el Tiempo y el Destierro" (1981), "Grotius o el escapismo ilustrado" (1983), "Las dos vertientes del suicidio" (1983), "Juega el Sol antes de que amanezca" (1985), "El fascinante mundo del autorretrato" (1985), "Las nieves del trópico" (1985), "Breve antología del cero" (1986), "Pessoa, Perse y los Príncipes del Exilio" (1989), "Mrs. Cadwell habla a los lectores de Cela" (1989), "Memoria y memoriante. Notas acerca de memoria y persona" (1990), "Acerca de la gratitud" (1991), "Arte psicopatológico" (1993), "El puente de los pesares. Memorias y cavilaciones" (1994), o "De Van Gogh a Antonin Artaud" (1995). Los tres últimos artículos parecen estar publicados de manera póstuma en la revista "Zona Tórrida"^{1,50}. Al margen de lo señalado, tuvo una importante participación en el desarrollo de diversas publicaciones literarias. Entre ellos destaca la mencionada "Zona Tórrida" (Revista de Cultura de la Universidad de Carabobo), en la que J. Solanes colaboró en todas sus etapas y por lo cual recibió un homenaje en 2001 –en el número 35 de la revista– al que no hemos podido acceder^{30,42}. También fue un colaborador habitual de la revista "Poesía", y asimismo impulsó la creación de "Nanacinder", una "revista en el manicomio"^{8,22,51,52}. Esta última, subtitulada en sus inicios como "Vocero de la Colonia Psiquiátrica de Bárbula", fue desarrollada entre 1954 y 1962 con una gran colaboración de los pacientes ingresados en el establecimiento, y de hecho el nombre fue propuesto por uno de ellos y elegido entre otros muchos^{32,52-54}.

José Solanes Vilaprenyó falleció el 10 de marzo de 1991 en la ciudad venezolana de Valencia^{3,8}. Según uno de sus biógrafos, la muerte le sorprendió trabajando en un "Diccionario del Exilio", en el cual intentaba reunir todas las definiciones y opiniones que pudiese encontrar sobre el tema¹.

Otros reconocimientos profesionales

Concluimos su biografía señalando de manera concisa algunos de los reconocimientos institucionales que obtuvo nuestro protagonista^{1,3,6,8,24,32,39,50,55}:

- Presidente de la delegación de Carabobo en la SVP (1964-1965).
- Medalla de Bronce de la Universidad de Barcelona (1967).
- Presidente del II Congreso Venezolano de Psiquiatría y Neurología de la SVP (1967).
- Denominación con su nombre a la Biblioteca de la Colonia Psiquiátrica de Bárbula (1972).
- Presidente de la SVP (1975-1976).
- Miembro corresponsal extranjero de la Sociedad “L’Evolución Psychiatrique”, de París (1975).
- Orden del Mérito al Trabajo del Ministerio de Sanidad de Venezuela (1982).
- Miembro de honor de la SVP (¿1983?).
- Orden “Miguel José Sanz” de la Universidad de Carabobo (1984).
- Consejero y miembro de Honor del Centro de Investigaciones Neuropsiquiátricas de Caracas (1985).
- Jornadas psiquiátricas “Dr. José Solanes”, organizadas en su honor por la SVP (1987).
- Diploma de honor de la Sociedad Amigos de Valencia (Venezuela) (1988).
- Orden de Valencia, otorgada por el Ayuntamiento de la ciudad de Valencia (Venezuela) (1988).
- Miembro correspondiente de la Real Academia de Medicina de Cataluña (1989).
- Doctor Honoris Causa por la Universidad de Carabobo (1990).
- Libro-homenaje póstumo de la Universidad de Carabobo (2001).

José Luis Ortega Durán (1905-1965)

Su vida en España

José Luis Ortega Durán nació en Ronda (Málaga) en el verano de 1905, probablemente el 28 de julio^{32,56}. Era hijo de Joaquín Ortega Sánchez (¿-?) y de Águeda Durán Harillo (¿-?)⁵⁶. Fue el menor de seis hermanos, nacidos en una familia con una desahogada situación económica, ya que su padre fue cofundador de una entidad bancaria, además de regentar una importante tienda de tejidos en Ronda⁵⁶. Su progenitor tenía un único hermano, Manuel Ortega Sánchez, médico de profesión y casado con María Isabel Durán Harillo, hermana de Águeda⁵⁶. De este modo, los dos hermanos Ortega habían contraído matrimonio con dos hermanas Durán, lo que dio lugar a una rama familiar con los apellidos idénticos⁵⁶. Consideramos relevante detallar esto para intentar minimizar posibles confusiones, porque tres de los hijos de Manuel y María Isabel también fueron médicos y, al ser primos dobles de José Luis Ortega Durán, compartían todos sus apellidos⁵⁶. Además, uno de ellos, Guillermo Luis Ortega Durán (1889-1949), coincidía incluso en el segundo nombre y, al igual que él, acabaría exiliándose en Venezuela^{56,57}. A esto se añade que José Luis Ortega Durán aparece citado en algunas fuentes como Luis Ortega Durán, como se verá.

Cabe señalar que nuestro biografiado tenía también otro primo materno más lejano, Antonio Román Durán (1905-?), que fue otro psiquiatra exiliado a Hispanoamérica, en este caso primero a la República Dominicana, y luego a Guatemala y a México, pero intentó asimismo emigrar a Venezuela, contactando con José Luis Ortega Durán cuando éste ya estaba instalado en dicho país⁵⁸.

José Luis Ortega Durán realizó los estudios primarios y el bachiller en Málaga, y cursó los dos primeros años de la licenciatura en la Facultad de Medicina de Granada⁵⁹. Se trasladó posteriormente a la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Madrid, donde se licenció o se doctoró (según se consulte)^{**} en 1929^{32,35,59,60}; señalando un autor que también estudió Filosofía en la capital de España³².

Realizó su especialización psiquiátrica fundamentalmente en Barcelona, siendo su maestro Emilio Mira López^{10,32,59}, aunque los primeros pasos los dio con José Sanchís Banús (1893-1932) en el hospital Provincial de Madrid⁶¹. En 1933 ganó el concurso para médico auxiliar de la Clínica Psiquiátrica Municipal de Urgencias, a la vez que fue médico ayudante del Instituto Psicotécnico de la Generalidad de Barcelona, ambas instituciones dirigidas por Emilio Mira López^{10,32,60}. En dicha época también ejerció la docencia en la Facultad de Medicina y en la sección de Pedagogía de la Facultad de Filosofía y Letras de Barcelona, en las que Emilio Mira era el titular de las cátedras^{10,32,59}. En 1935 fue nombrado secretario nato de la Comisión Asesora Psiquiátrica de la Generalidad de Cataluña, presidida por Belarmino Rodríguez Arias (1895-1997) y que contaba con Emilio Mira López como vocal^{10,32,62}. Además, dirigió la clínica psiquiátrica de Santa Coloma de Gramanet (Barcelona) entre 1935-1938, siendo jefe de servicio del mencionado Instituto Psicotécnico catalán en 1936^{10,32,61-63}.

Durante la Guerra Civil ocupó una jefatura en la sección de Psiquiatría e Higiene Mental del Ministerio de Instrucción Pública y Sanidad nacional^{32,59,60}. Se ha reseñado que también atendió un centro psiquiátrico militar, aunque no estamos totalmente seguros de cuál pudo ser⁵⁹. Probablemente se refiera al llamado Hospital Base de Reus, instalado en el antiguo Instituto Pere Mata y desde donde se exilió a Francia^{9,59}; pero quizás la reseña tenga que ver con la mencionada clínica de Santa Coloma de Gramanet, ya que ejerció parte de su dirección durante varios años de la contienda bélica⁶³.

En 1936 contrajo matrimonio con la venezolana Cristina Gertrudis Sánchez Carvajal (1911-ca. 2011), hija del diplomático y escritor venezolano Manuel Segundo Sánchez Outlaw, lo que pocos años más tarde le facilitaría instalarse en Venezuela^{32,57,59}.

El exilio en Francia

Tras la Guerra Civil se exilió brevemente en Francia³². Es presumible que se marchase cuando el ejército franquista estaba ocupando la ciudad de Barcelona, a finales de enero de 1939; al igual que lo hicieron muchos de los catalanes que se exiliaron, incluyendo el propio Emilio Mira López¹⁰. Se recoge que José Luis Ortega Durán partió desde el Hospital Base de Reus atravesando a pie la frontera francesa, y más tarde se reunió con su esposa en París, la cual había hecho el viaje a la capital gala acompañada de Emilio Mira López desde Perpignan (Francia)^{10,59}. Pocos meses después embarcó, junto a su familia, en el puerto de Le Havre (Normandía, Francia) con destino a Venezuela, arribando al país el 7 de abril de 1939 y donde desarrolló el resto de su carrera profesional^{32,59,60}.

^{**} Dos autores señalan que José Luis Ortega Durán obtuvo la licenciatura en 1929^{35,60}, mientras que otros dos indican que ese fue el año de su doctorado^{32,59}.

El exilio en Venezuela

Apenas llegado a Sudamérica ejerció como inspector en la Colonia sanitaria infantil “Catia la Mar”^{35,64,65}. Posteriormente, pero desde el mismo año de 1939, comenzó a trabajar como médico-jefe de un servicio de Higiene Escolar dependiente del Ministerio de Sanidad, organizando allí una unidad de Psicometría en 1943⁶⁴⁻⁶⁶. Este servicio se transformó más tarde en la División de Higiene Escolar y los Comedores Escolares, de la cual fue su director desde 1945 y hasta su jubilación en 1960^{35,36,60,65}. También fue secretario del Patronato Nacional de Comedores Escolares desde 1946^{64,67}.

A algún autor⁵⁹ le llama la atención que –por los motivos que fueran– José Luis Ortega Durán no intentase revalidar en Venezuela sus títulos de médico y de psiquiatra, cuestión que realmente no era sencilla^{36,59,65}. Pero quizás las razones no fueran exclusivamente técnicas, como se señala que sucedió con el catedrático José Sánchez-Covisa y Sánchez-Covisa (1881-1944), también exiliado a Venezuela por la misma época y antiguo maestro en Dermatología de Alberto Mateo Alonso, como se verá. Parece que para poder convalidar el título había que renunciar previamente a la nacionalidad española y José Sánchez-Covisa no realizó las correspondientes gestiones, pensando en que algún día volvería a España⁶⁸.

Hacia 1942-1943, José Luis Ortega Durán comenzó a presidir la Comisión Asesora de Psiquiatría-Higiene Mental del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social^{32,35,59,65,67}. Este ministerio, creado en 1936, dio luz a su División de Higiene Mental a finales de 1946 y nuestro protagonista fue encargado de presentar el primer plan de higiene mental y asistencia psiquiátrica del país, además del proyecto para construir la Colonia psiquiátrica de Bárbula^{32,35-37,59,65,67}. En aquella época la población censada de Venezuela sobrepasaba los cuatro millones de habitantes y se disponía de unas 1.700 camas psiquiátricas, cuando se estimaban necesarias 1.600 camas para pacientes agudos y 8.000 para crónicos^{32,69}. Se calcula que, a finales de los años cuarenta, estaban ingresados en el país unos 2.500 pacientes psiquiátricos, la mayoría de ellos en instituciones escasamente especializadas³².

José Luis Ortega Durán también abordó la docencia. Se le señala como uno de los fundadores de la UCV, institución en la que ejerció en diversas facultades, además de que fue profesor de Psicología del Instituto Pedagógico Nacional y en algunas de las llamadas “escuelas normales”^{59,67}. Asimismo y aproximadamente desde 1949, participó en los cursos de formación postgraduada para psiquiatras que se empezaron a realizar en la Facultad de Ciencias Médicas de la UCV, en los cuales también fueron docentes Alberto Mateo Alonso y otros psiquiatras españoles, como Emilio Mira López o José Miguel Sacristán Gutiérrez (1887-1957)^{32,35,65,70,71}. Por otro lado, contribuyó notablemente al desarrollo de la primera Escuela de Psicología venezolana –creada a partir de una sección de Psicología de la UCV y que más tarde dio origen a la licenciatura en Psicología–, dirigiendo un par de cátedras en la misma; al margen de ser uno de los fundadores de la Asociación Venezolana de Psicólogos, esto último hacia 1957^{32,66,67,72,73}.

En el ámbito de otras áreas sanitarias fue asesor del Consejo Venezolano del Niño (1941-1947), miembro de la Comisión Técnica del Consejo Venezolano del Niño (1947-1951), director del Instituto Nacional Pro-Alimentación Popular (1946-1948) y presidente del Consejo Interamericano de Educación Alimenticia (CIDEA)^{64,65}. En la realización de estas actividades José Luis Ortega Durán mantuvo una estrecha colaboración con el médico bilbaíno José María Bengoa Lecanda (1913-2010), experto en nutrición y uno de los primeros médicos españoles exiliados a Venezuela en el contexto de nuestra Guerra Civil, país al que llegó hacia 1938^{35,36,74,75}.

En 1946 nació su hija Cristina, que se dedicó al psicoanálisis, y también tuvieron un hijo llamado Manuel, con los años psiquiatra³². Su primogénito había nacido en 1936, parece que se llamaba Joaquín y falleció a los 5 días de vida^{56,59}.

José Luis Ortega Durán murió el 1 de diciembre de 1965 en París, víctima de un accidente cerebro-vascular^{59,60,76}, aunque otro autor indica Caracas como el lugar del óbito⁶⁴.

Su obra escrita

Hemos encontrado referencias a la traducción en 1935 –siendo nominado el traductor como Luis Ortega Durán– y junto a Anthony Brook, del “Manual de psicología del niño”, texto de más de mil páginas dirigido en los EE.UU. por Carl Murchison en 1931, y revisado y prologado en España por Emilio Mira López⁷⁷. También fue coautor de los estudios “Informe del Gobierno de Venezuela” (XVII Congreso Panamericano del Niño, 1942) y “División de Higiene Materno Infantil” (1944)^{64,78}. En 1946 colaboró con J.M.^a Bengoa en un trabajo sobre la alimentación de los soldados en los cuarteles⁷⁴, y hacia 1955 firmó con otros colegas los trabajos “La Higiene Mental y la Escuela” y “La Orientación Profesional”^{64,78}. En 1957 escribió con Nicolás Quinto el informe “Estado Actual de los Locales en el Área Metropolitana de Caracas”, sobre la infraestructura y condiciones sanitarias en la capital^{64,78}; y en 1964 publicó un trabajo sobre la figura de su maestro, Emilio Mira López¹⁰.

Otros reconocimientos profesionales

Poco antes de fallecer había recibido el reconocimiento gubernamental venezolano, con la entrega de las condecoraciones “Andrés Bello” y “Francisco Miranda”^{59,67}. Un año después de su muerte la Colonia psiquiátrica de Bárbula pasó a denominarse, en su honor, “Hospital psiquiátrico de Bárbula Dr. José Ortega Durán”, como se ha mencionado^{32,39}. La tercera promoción de la Escuela de Psicología lleva su nombre desde 1962⁶⁷, y en 1967 el ministro de Sanidad venezolano le destacó entre los profesionales que habían contribuido al desarrollo de la neurología y la psiquiatría en el país⁶⁷.

Alberto Mateo Alonso (1912-1969)

Su vida en España

Alberto Mateo Alonso nació en Madrid el 21 de noviembre de 1912, como hijo único de Alfonso Mateo Campos (1878-ca. 1953) y Eufemia Alonso (¿-?), conocida como “Doña Femita” en el ámbito familiar^{34,79}. Su padre era un oficial del ejército español que alcanzó el grado de coronel y fue perseguido durante el franquismo^{34,79,80}.

Se licenció en la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Madrid, en 1934^{34,60,81}. Fue primero alumno interno y luego médico del servicio de Neurología y Psiquiatría del hospital Provincial de Madrid (1931-1935)^{34,81}. Entre 1933 y 1936 ocupó los mismos puestos en la Clínica Médica universitaria del hospital de San Carlos, dirigida por Carlos Jiménez Díaz (1898-1967)^{34,81}. Asimismo, fue alumno interno del servicio de Dermatología del hospital San Juan de Dios, dirigido por José Sánchez-Covisa, aunque no podemos especificar las fechas de esta estancia^{34,81}. Su especialización neuropsiquiátrica la realizó en el hospital Provincial, fundamentalmente con Gonzalo Rodríguez Lafora (1886-1971)^{34,81}; si bien creemos que, como alumno, tuvo que conocer brevemente el magisterio de José Sanchís Banús, antecesor de G. Rodríguez Lafora en el mencionado servicio y fallecido en julio de 1932⁸².

En 1934 Alberto Mateo Alonso obtuvo por concurso un puesto de Inspector Municipal de Sanidad^{34,60,81}. En septiembre del mismo año ganó la oposición para ingresar en la Academia de Sanidad Militar, donde en 1935 obtuvo el grado de teniente médico y fue destinado al manicomio de Carabanchel^{34,60,80,83}. Posteriormente ascendió a capitán, encargándose del servicio de agudos del Hospital Militar Madrid-1⁸³. Había solicitado una beca para ampliar estudios en Alemania, pero estalló la Guerra Civil y le nombraron jefe de la 9ª división de Sanidad Militar, siendo enviado al frente del Ebro³⁴; cuyo hospital psiquiátrico de referencia era el de Sant Boi de Llobregat¹⁰. Este centro estaba dirigido por Emilio Mira y en la contienda bélica eliminó la referencia religiosa de su nombre, pasándose a denominar “Vilaboi”¹⁰.

En 1938 Alberto Mateo fue primero jefe de los servicios de la Clínica Psiquiátrica Militar del ejército de Extremadura y más tarde estuvo en la Clínica Psiquiátrica militar de Barcelona, a las órdenes de Emilio Mira López, donde ascendió hasta el rango de comandante y ejerció como jefe de servicio^{34,83}.

El exilio en Francia

En febrero de 1939 se exilió a Francia, consiguiendo evitar los campos de concentración^{79,80}. En mayo y residiendo en la ciudad de Dieppe solicitó a la Embajada de México acogerse en el país azteca, escribiendo para ello una carta al secretario general de la Junta de Cultura Española con sede en París, Juan Larrea Celayeta⁸⁴. Desconocemos el resultado final de esta petición, pero Alberto Mateo acabó finalmente en Venezuela en marzo de 1940, país donde desarrolló el resto de su carrera profesional^{34,79-81}.

El exilio en Venezuela

Comenzó trabajando en el medio rural, tratando enfermedades tropicales en la localidad de “El Baúl” (en el Estado Cojedes), por indicación de la Dirección de Salud Pública del Ministerio de Sanidad venezolano y donde estuvo también encargado de crear un hospital de emergencias^{34,35,65,79,80,85}. En ese contexto, José Luis Ortega Durán le propuso ser el primer director de la Colonia psiquiátrica de Anare, cargo que ocupó aproximadamente entre 1945 y 1949, siendo sustituido por José Solanes Vilaprenyó^{32,34-36,80}.

Como se ha señalado, en diciembre de 1946 se creó la División de Higiene Mental del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (ubicado en Caracas), nombrándose a Alberto Mateo Alonso médico asistente y secretario ejecutivo de la misma^{32,35,65}. Desde este puesto y hasta 1958, Alberto Mateo Alonso se encargó de organizar la docencia y los servicios de higiene mental del “Instituto Nacional de Puericultura del 23 de Enero”, del cual acabó siendo psiquiatra-jefe entre 1962 y 1968³⁴.

En paralelo desarrolló una importante labor docente, siendo profesor de Psicopatología y Psiquiatría Infantil en el curso 1948-1949 para técnicos del Consejo Venezolano del Niño, profesor de Psicopatología en los cursos de posgrado de Psiquiatría (1948, 1950, 1957 y 1961) impartidos por la UCV, y también en los de posgrado para médicos higienistas de la Escuela de Salud Pública, entre 1953 y 1958^{34,80}. Asimismo, dictó clases de Psicopatología y Psicología Aplicada en la Escuela de Servicio Social del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social^{34,65}. Finalmente, en 1958 fue nombrado profesor de la UCV, desarrollando su función en diversas facultades, entre las que destacan la de Educación, a través de la cátedra de Antropología Pedagógica (1958-1960), y la de Psicología, mediante las cátedras de Psicología Diferencial y de Psicología de la Personalidad, que ejerció hasta su fallecimiento^{34,83}.

Alberto Mateo Alonso también contribuyó decisivamente al desarrollo de la Liga Venezolana de Higiene Mental, parece que creada definitivamente en 1941, tras varios conatos en los años previos^{70,86,87}. Hacia 1948 fue nombrado su secretario técnico, en 1953 se le nominó secretario general y desde entonces la organización se convirtió en un referente de la salud mental en Venezuela³⁴. Asimismo, entre 1954 y 1959 fue tesorero de la Asociación Suramericana Pro Salud Mental⁸⁰.

En 1956 fundó la primera clínica de psiquiatría e higiene mental infantil de Caracas, dependiente de la Liga de Higiene Mental, la cual acabaría llevando su nombre. Entre 1956-1958 la clínica fue dirigida por Lya Imber (1914-1981), una de las primeras mujeres doctoradas en Medicina en Venezuela, y después por Alberto Mateo hasta el fallecimiento de este^{34,85-87}. Fue también miembro fundador de la OPAN (Organización de Protección al Niño) y de la FIPAN (Federación de Instituciones Privadas de Asistencia al Niño), y asimismo se le considera fundador de la Sociedad Venezolana de Salud Pública^{34,85,87}. Por otro lado, en 1964 y desde la Comisión Legislativa de Política Interior, colaboró en el diseño de medidas penitenciarias orientadas a reducir la delincuencia en el país^{35,80}.

Sus progenitores también acabaron exiliados en Venezuela desde 1949⁷⁹. En 1951 Alberto Mateo se casó con la trabajadora social Lila Ruiz García (1923-2022), con quien tuvo tres hijas y un hijo, nacidos entre 1951 y 1962^{34,79}. Falleció el 12 de julio de 1969 en Caracas, probablemente por las complicaciones de una úlcera gastrointestinal^{79,80}. En 1985 le reconocieron póstumamente el grado de coronel en España, cuando se otorgó una pensión militar a su viuda⁸³. Ella llegó a ser directora de la Escuela de Trabajo Social en la UCV, a la vez que una estrecha colaboradora de la Liga Venezolana de Higiene Mental, en la cual se le nombró presidenta honoraria y donde continuó el legado de su marido, apoyada por dos de sus hijas, una pediatra y otra psicóloga^{34,79,88}.

Su obra escrita

Hemos leído un par de comentarios muy escuetos sobre la realización de un doctorado en Madrid hacia 1936, sin mayores precisiones^{81,83}. Pero otro autor especifica que, en abril de 1950, solicitó en Venezuela la reválida de su título de “doctor en Ciencias Médicas de la Universidad de Madrid”, lo que indicaría que había obtenido dicho grado académico en España⁸⁹. Sin embargo, no parece que se llevase a cabo dicha convalidación, aunque sí consiguió hacerlo con el título de “médico cirujano” ese mismo año⁸⁹. En cualquier caso, Alberto Mateo se doctoró en Venezuela en 1969 y su tesis, titulada “Evolución de la Higiene Mental en Venezuela” y publicada póstumamente (1974), es considerada un texto de referencia para el estudio histórico de la psiquiatría del país^{32,80,86}. También publicó unos cuarenta trabajos en revistas especializadas y una colección de monografías bajo el epígrafe genérico de “La salud mental de los hijos”, realizadas en colaboración con Lya Imber en 1962 y publicadas por el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social^{80,86}. Entre sus artículos, un autor destaca especialmente el titulado “¿Qué es salud mental? ¿Quiénes están mentalmente sanos?”, publicado originalmente en castellano en 1955³⁴, traducido al inglés por la revista londinense *International Journal of Social Psychiatry* en 1960⁷⁰ y reproducido en la revista *Mental Health*, de Sudáfrica³⁴.

Alberto Mateo Alonso destacó asimismo por elaborar una teoría propia sobre la evolución de la personalidad, desarrollada entre 1952 y 1959 y en la cual adoptaba una posición ecléctica, sustentada en la integración de los factores biológicos, psicológicos y sociales³⁴. Parece que publicó sus resultados en 1960, bajo el título “Esquema dinámico-evolutivo de la personalidad”³⁴.

Finalizaremos su biografía señalando que presentó una ponencia, junto a José Solanes Vilaprenyó y otros colegas, en el II Congreso Internacional de Psiquiatría, celebrado en Zúrich (Suiza) en 1957^{32,91}. Allí expusieron sus estudios catamnésicos relacionados con las clasificaciones de las esquizofrenias, siendo la primera vez que la psiquiatría venezolana participaba en un congreso internacional de tal relevancia^{8,32}. El evento pasaría a la historia de la especialidad porque fue el lugar donde Roland Kuhn (1912-2005) mostró los resultados del tratamiento con imipramina (Tofranil®), inaugurando la era de los antidepressivos tricíclicos, aunque a la conferencia del psiquiatra suizo apenas acudieron doce personas⁹¹.

Otros reconocimientos profesionales

Entre los honores recibidos consta que en 1945 fue nombrado “Hijo predilecto de El Baúl”, y que en 1954 se otorgó su nombre al comedor escolar del pueblo³⁴. Asimismo, la Colonia Psiquiátrica de Anare dio su nombre a la biblioteca, creada en 1948^{34,80}. Su figura también denomina algunas promociones de la Escuela de Trabajadoras sociales (1957), de la Escuela Nacional de Enfermeras (1961) y de una promoción de psicólogos de la UCV (1964)^{34,80}. Al margen, en 1951 había recibido el título de “Visitante distinguido”, otorgado por el Consejo Consultivo de la ciudad de México⁸⁰, y en 1961 la condecoración “Andrés Bello” del gobierno venezolano^{34,80}. En 1971 el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social creó el premio “Alberto Mateo Alonso”, bajo la coordinación de la Liga de Higiene Mental, para estimular trabajos científicos sobre salud mental en Venezuela^{80,86}. Y la “Liga” también tiene una escuela en su honor⁷⁹.

Apéndice: Algunos otros psiquiatras ¿y psicólogos? españoles exiliados en Venezuela

Además de los autores cuya biografía hemos expuesto, un trabajo identifica como psiquiatras a los siguientes profesionales exiliados a Venezuela en el contexto de la Guerra Civil española: Jaume Sauret Guasch, Josep Miret Monsó, Guillermo Pérez Enciso, Ángel Pingarrón Hernández y Francisco del Olmo Barrios³⁵. Presentamos a continuación una síntesis biográfica de cada uno de ellos, si bien en las dos últimas personas no hemos podido encontrar referencias a su formación como médicos (salvo una mínima nota sobre Ángel Pingarrón), pero sí como psicólogos.

Jaume Sauret Guasch (1910-1964)

Nos hemos referido brevemente a este psiquiatra a propósito de la biografía de José Solanes. Nacido en Torà (Lérida) el 18 de mayo de 1910, era hijo del guardia civil Jaume Sauret Monclús (1882-?) y de Trinitat Guasch Malet (?-?)⁹². En 1929, tras haber estudiado el bachillerato en Lérida, comenzó la licenciatura en medicina en la Universidad de Barcelona, finalizándola en junio de 1936, un mes antes de empezar la Guerra Civil, pero no llegó a colegiarse como médico^{60,92}. También perteneció al POUM, al igual que J. Solanes y F. Tosquelles, estableciendo una relación de amistad con este último^{16,92,93}.

Se exilió primero en Francia en 1939, trabajando como médico asistente en el hospital psiquiátrico de Saint-Rémy desde 1940 hasta 1947, año en que marchó a Venezuela. En este país acabó destinado –gracias a la mediación de Alberto Mateo Alonso– en el hospital psiquiátrico de Maracaibo, en el Estado Zulia, donde fue uno de los pioneros en la introducción del tratamiento con neurolépticos^{16,60,92,93}. Regresó a Barcelona hacia 1960, ciudad donde falleció el 2 de diciembre de 1964, un año después de recuperar la nacionalidad española y tras sufrir importantes problemas administrativos relacionados con su titulación médica, ya que su expediente universitario había desaparecido^{16,92,93}. Se había casado con Geneviève Labanvoye y tuvieron tres hijos: Jordi (1947), Gerard (1949) y Jaume (1950)⁹³. De su “antibiografía”⁹² y de su participación en la Guerra Civil española¹⁶ se han ocupado extensa y recientemente J. Sauret y J.M. Comelles.

Josep Miret Monsó (1918-1995)

Aunque fue psiquiatra y acabó residiendo en Venezuela durante casi treinta años, su exilio fue diferente al del resto de los profesionales descritos, dadas las fechas en las que emigró al país latinoamericano³⁵. Nacido en Barcelona el 14 de julio de 1918, finalizó su licenciatura médica en la misma ciudad en 1946, debido a que tuvo que interrumpir sus estudios a causa de la Guerra Civil^{94,95}. Se especializó en psiquiatría trabajando en el Instituto Mental de la Santa Cruz y en el Instituto Psicotécnico de Barcelona, siendo principalmente discípulo de Santiago Montserrat Esteve, pero también de Joaquim Fuster Pomar (1901-1982) en la clínica psiquiátrica que este tenía en Pedralbes^{60,94,95}. Se marchó a Venezuela en 1953, bastantes años después de finalizar la contienda bélica española, tras casarse y ser contratado por la Universidad de Los Andes en la ciudad de Mérida, para dirigir una cátedra de psiquiatría a través del Instituto de Psicosis y Relaciones Humanas, a la par que desarrolló la docencia en otros centros académicos^{94,95}. Allí convalidó su título de médico y más tarde obtuvo la nacionalidad venezolana⁹⁴. En 1958 se trasladó a la Universidad Católica Andrés Bello de Caracas, para hacerse cargo de las cátedras de Psicología General y de Psicología Diferencial^{94,95}. Posteriormente le nombraron decano de la Facultad de Psicología de dicha universidad, la cual y durante muchos años fue una de las dos únicas facultades –la otra era la de la UCV– en las que se podía obtener la licenciatura de Psicología en Venezuela^{72,94,95}. En paralelo, entre 1973-1975 ejerció como profesor de varios centros de la UCV en Caracas, y en 1975 presentó una tesis doctoral en la Universidad de Los Andes^{94,95}.

Regresó a Barcelona en 1982, tras recuperar la nacionalidad española^{60,94,95}. En dicha ciudad residió los trece últimos años de su vida, dedicándose a su consulta privada y al estudio histórico de la medicina, realizando –entre otras cosas– un trabajo recopilatorio de los médicos catalanes que sufrieron el exilio en el contexto de la Guerra Civil⁹⁴⁻⁹⁶. Falleció el 7 de enero de 1995⁹⁵.

Guillermo Pérez Enciso (1917-2007)

Nació en Barcelona en 1917, como hijo de Francisco Pérez Castro (ca. 1879-1924) y Dolores Enciso Amat (ca. 1883-1961)^{97,98}. No sabemos con seguridad si fue psicólogo, médico, o ambas cosas. A favor de lo primero se reseña que se graduó en Psicología en la Universidad de Barcelona en 1939⁹⁷, o bien que se licenció en Filosofía en dicha universidad antes de la Guerra Civil, especializándose en Psicología⁹⁸. Por el contrario, en otros foros se recoge que obtuvo la licenciatura de Medicina en Barcelona⁶⁰, a la vez que Colegio Oficial de **Médicos de dicha ciudad le sitúa como uno de los galenos que se exiliaron a Venezuela**⁹⁹. Pero, para mayor confusión, un autor lo incluye en su listado de los médicos españoles emigrados a dicho país, aunque a la vez le nomina como psicólogo¹⁰⁰; y en otro trabajo se le señala expresamente como “psicólogo exiliado”, a la par que le incluye, junto a José Ortega Durán, como “licenciados en medicina especializados en psiquiatría y psicología”⁸⁹. No obstante, de lo que no cabe duda es de su importante labor dentro de la psicología venezolana, que fue la actividad que desarrolló principalmente durante su exilio.

Hacia 1940 acabó en un campo de refugiados en Francia y más tarde se trasladó a Chile, para llegar en Venezuela a mediados de dicha década⁹⁷. En este último país fue profesor del Instituto Pedagógico Nacional hacia 1945-1946^{72,97} y unos diez años después se integró a la Facultad de Filosofía y Letras de la UCV, donde impartió clases de Psicología durante unos dos años⁹⁷. En 1957 fue nombrado director del Instituto de Psicología y Psicotecnia de Caracas, recibiendo la ayuda de Emilio Mira López –que en aquel tiempo colaboraba con la Facultad de Medicina de la UCV– para transformar la sección de Psicología de la UCV, creada hacia 1956, en una Escuela de Psicología, fundada hacia 1958 y cuya dirección mantuvo hasta 1961^{66,73,97,101}. Se le reconoce también como fundador y vicepresidente, hacia 1957, de la primera junta directiva de la Asociación Venezolana de Psicólogos, la cual se convirtió en el Colegio de Psicólogos de Venezuela en 1971^{66,98,101}. Entre 1973-1977 fue director del Instituto de Psicología de la UCV, y es considerado el principal promotor de la primera licenciatura de Psicología en la UCV, al sentar las bases para el desarrollo académico y profesional de dicha facultad^{72,97}. Se casó con Gisela Morazzani, escritora e historiadora caraqueña, y no tuvieron descendencia⁹⁷. Falleció en Caracas en febrero de 2007⁹⁷.

Ángel Pingarrón Hernández (1911-1991)

Natural de Ventas de Retamora (Toledo)⁶⁰. No hemos encontrado referencias a su formación como psiquiatra ni a sus estudios de medicina, salvo una escueta inclusión en un listado de médicos españoles emigrados a Venezuela¹⁰². Por el contrario, se señala que se formó como psicólogo en Madrid⁶⁰. Finalizada la Guerra Civil estuvo brevemente en Francia y luego se exilió a la República Dominicana, país al que arribó en el barco “De la Salle” en diciembre de 1939, permaneciendo allí hasta 1945^{60,103}. Residió en la ciudad de San Pedro de Macorís, donde fundó junto a su esposa, Marta Benito, una academia llamada “Minerva” –que más tarde fusionó exitosamente con otra, denominada “Academia Comercial Antillana”–; a la vez que ejercía como profesor de la escuela normal secundaria y en el “Ateneo”^{60,103,104}. Posteriormente se trasladó a Venezuela, trabajando primero en el Estado de Trujillo como director del “Instituto Escuela” y finalmente acabó en Caracas, falleciendo allí en 1991⁶⁰.

Francisco del Olmo Barrios (1907-ca. 1975)

Nació en San Andrés (Barcelona) en 1907⁶⁰. De manera similar al caso anterior, no hallamos ninguna referencia a que fuera psiquiatra ni a su formación como médico, y sí, por el contrario, a su señalamiento expreso como psicólogo^{72,73}. Fue discípulo y colaborador de Emilio Mira en el Instituto de Orientación

Profesional de Barcelona^{73,105}, y trabajó como psicólogo psicotécnico en Zaragoza desde 1929 hasta 1934⁶⁰. Más tarde, entre 1934 y 1939, vivió en Sabadell, donde dirigió un laboratorio de psicotecnia^{60,73}. Tras la Guerra Civil acabó en Venezuela, ejerciendo como psicólogo del Ministerio de Educación y posteriormente organizó la psicología industrial de una compañía petrolífera de Caracas, llamada Creóle Petroleum Corporation^{60,73,98}. Era considerado un experto en técnicas psicométricas^{72,73}. De hecho, creó un test denominado "Sabadell" en recuerdo de su trabajo en aquella ciudad⁷³, y en 1948 organizó, a través del Consejo Venezolano del Niño, un curso sobre "Técnicas de observación psicológica"^{66,101}. En 1950 figuraba como jefe del "Departamento Técnico" del recién inaugurado Instituto de Psicología y Psicotecnia de la Facultad de Filosofía y Letras de la UCV, bajo la dirección del psiquiatra Raúl Ramos Calles^{72,106}.

Hacia 1957 fue uno de los fundadores de la Asociación Venezolana de Psicólogos y secretario general de su primera junta directiva, con Guillermo Pérez Enciso en la vicepresidencia^{66,98,101}. Aunque, como hemos señalado, este último profesional es considerado el principal impulsor de la licenciatura de Psicología en Venezuela, también se reconoce el importante esfuerzo desarrollado en este sentido por José Luis Ortega Durán, Alberto Mateo Alonso, Francisco del Olmo Barrios, e incluso Emilio Mira López^{72,73,97,105}. Por otro lado, es posible que la relación entre Guillermo Pérez Enciso y Francisco del Olmo no se limitase únicamente a los aspectos profesionales, ya que en un trabajo se apunta la probabilidad –aunque con ciertas dudas– de que ambos hubieran sido hermanos políticos, al haber estado casado un tal Francisco del Olmo con María Pérez Enciso⁹⁸. Creemos que falleció hacia 1975^{73,98}, si bien un autor sitúa el óbito en 1987⁷².

Agradecimientos

Agradecemos al profesor Freddy Seidel Díaz la publicación de su detallado trabajo sobre José Solanes Vilaprenyó¹, el cual nos ha resultado de gran ayuda para realizar la biografía de este psiquiatra. Nuestro agradecimiento es también para el profesor Carlos Alberto Rojas Malpica, por sus aportaciones personales sobre algunos de los miembros de la Escuela psiquiátrica de Valencia (Venezuela).

Contacto

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

Bibliografía

1. Seidel F. *Los nombres del exilio: Relectura de una obra y una trayectoria*. En: VV. AA. De la "Edad de Plata" al exilio. Construcción y "reconstrucción" de la psiquiatría española (R. Campos, O. Villasante, R. Huertas, eds.). Madrid: Frenia, S.C. 2007; pp.: 357-375.
2. Baldor Abril E. *De l'apotecari a la farmàcia. Els farmacèutics del Pla als segles XIX i XX*. La Planenca. 2005; 15: 13-14. En: http://www.laplanenca.cat/_arxiu/planenca15.pdf
3. Miró Vinaixa M. *Nota biogràfica sobre José Solanes i Vilaprenyó*. En: Solanes J. En tierra ajena. Exilio y literatura desde la "Odisea" hasta "Molloy". Barcelona: Acantilado. Quaderns Crema. 2016; pp.: 19-22.
4. Brugera Cortada M. *Josep Solanes i Vilaprenyó (Vilaprenyó)*. Galería de Metges Catalans. Col.legi Oficial de Metges de Barcelona. 2015. En: [https://www.galeriametges.cat/galeria-fitxa.php?icod=HIE#googtrans\(cales\)](https://www.galeriametges.cat/galeria-fitxa.php?icod=HIE#googtrans(cales))
5. Buqueras Bach F.X. *Nota sobre el doctor Josep Solanes i Vilaprenyó, metge psiquiatre i escriptor (1909-1991)*. Gimbernat. 1996; 25: 39-42. En: <https://raco.cat/index.php/Gimbernat/article/view/45055>

6. Puigbó Garcia J.J. *José Solanes Vilapreñó*. Real Academia de la Historia. Historia Hispánica. 2022. En: <https://dbe.rah.es/biografias/51088/jose-solanes-vilapreño>
7. Balibrea M.P. *Finding Josep Solanes: mobilizing the legacies of Republican exile in Spanish cultural studies*. Journal of Spanish Cultural Studies. 2021; 22, 2: 199-210. En: <https://eprints.bbk.ac.uk/id/eprint/42183/3/42183.pdf>
8. VV. AA. *Dr. Jose Solanes Vilapreñó. Un científico humanista* (F. Küper, coord.). Personajes universitarios. N.º: 4. Carabobo (Venezuela): Ediciones de la Oficina del cronista. Secretaría de la Universidad de Carabobo. 2001; pp.: 7-75. En: <http://mriuc.bc.uc.edu.ve/handle/123456789/9557>
9. Poca Gaya J. *Institut Pere Mata. Cent anys d'història (1896-1996)*. (Presentación de F. Font de Rubinat). Reus: Institut Pere Mata. 1996; pp.: 93-139, 222-230.
10. Iruela L.M. *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.: 55-104. Al margen de las referencias respecto a Emilio Mira, ver pp.: 71, 78, 90, 102, 417 sobre José Luis Ortega, y p.: 71 sobre Alberto Mateo.
11. Casajuana Briansó M.C. *Josep Briansó i Salvadó*. Galería de Metges Catalans. Col·legi Oficial de Metges de Barcelona. 2015. En: <https://www.galeriametges.cat/galeria-fitxa.php?icod=EFHL>
12. Plumed J.J., Rojo L.M. *El tratamiento de la locura entre los siglos XIX y XX: los discursos sobre la cura en la medicina mental española, 1890-1917*. História, Ciências, Saúde-Manguinhos (Rio de Janeiro). 2016; 23, 4: 985-1002. En: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/QHRXWYQ58gWnrqTqJmtbpQj/?format=html&lang=es>
13. Simón J.M., Simón G., Simón S.I., Simón C. *Joaquim Alier i Gómez (1907-1968), Metge i psiquiatre català*. Gimbernat. 2014; 61: 243-248. En: <https://www.raco.cat/index.php/Gimbernat/article/view/308098>
14. Sierra Valentí X. *Salvador Vilaseca i Anguera*. Galería de Metges Catalans. Col·legi Oficial de Metges de Barcelona. 2015. En: <https://www.galeriametges.cat/galeria-fitxa.php?icod=HHF>
15. Massó Carballido J. *Francesc Abelló Pascual*. Real Academia de la Historia. Historia Hispánica. 2022. En: <https://dbe.rah.es/biografias/36478/francesc-abello-pascual>
16. Comelles J.M., Sauret J. *Los psiquiatras catalanes del POUM y la neurosis de guerra. Luces y sombras de una aventura generacional*. Norte de salud mental. 2025; 20, 73: 34-48. En: <https://www.galeriametges.cat/Upload/Documents/3/1/318.pdf>
17. Markez I, Pacheco L, Martínez O, Rahmani R, Pacheco S, Medrano J. *Francesc Tosquelles Llauredó (1912-1994). Del exilio republicano a la psicoterapia institucional*. Intercambios-Intercanvis. Papeles de Psicoanálisis. 2023; 50: 45-60. En: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9733356>
18. Téllez J. *Perspectivas. La red de Tosquelles*. Prodavinci Blog. 11 de marzo de 2023. En: <https://prodavinci.com/la-red-de-tosquelles/>
19. VV. AA. *Tosquelles. Como una máquina de coser en un campo de trigo*. Barcelona: CCCB, MNCARS, Arcadia. 2022; pp.: 19-35, 69-89, 93-105.
20. Balibrea M.P. *Psiquiatría y transformación social en Josep Solanes*. IBEROAMERICANA. América Latina-España-Portugal. 2025; 25: 15-34. En: <https://journals.iai.spk-berlin.de/index.php/iberoamericana/article/view/3191>
21. Brugera Cortada M. *Salvador Vives i Casajuana*. Galería de Metges Catalans. Col·legi Oficial de Metges de Barcelona. 2015. En: <https://www.galeriametges.cat/galeria-fitxa.php?icod=LJL>
22. Anónimo. *Carta inédita de Antonin Artaud al Dr. José Solanes*. Poesía. Revista del Departamento de Literatura de la U.C. de Valencia (Venezuela). 1973; 10-11: 16-19. En: <http://servicio.bc.uc.edu.ve/educacion/poesia/10y11/poesia10y11.pdf>
23. Oliveros A. *Los exilios de José Solanes*. Prodavinci Blog. 3 de junio de 2017. En: <https://historico.prodavinci.com/blogs/los-exilios-de-jose-solanes-por-alejandro-oliveros/>

24. Rojas C, De la Portilla N, Sedeck M.E. *El legado de José Solanes*. Archivos Venezolanos de Psiquiatría y Neurología. 2005; 51, 105: 35-43.
25. Gabarré J. *La herencia de las ideas en psiquiatría*. En: VV. AA. Conciencia histórica de la psiquiatría (M. Gutiérrez, J.L. Mediavilla, coords.). Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental. Oviedo: HiFer Ed. 2019; pp.: 37-63. En: https://feppsm.org/files/Conciencia_historica_psiquiatria_2019.pdf
26. Davy Ch, Varela L.F, Ramírez Ch. *Aproximación a la experiencia temporal en esquizofrenia según Minkowski*. Psiquiatría y Salud Mental (Chile). 2024; 41, 3-4: 65-69. En: https://schilesaludmental.cl/web/wp-content/uploads/2025/06/06_Art_Revision_65-69.pdf
27. Padilla F. *Sobre Solanes y Jaspers*. Mi colcha de retazos (Páginas complementarias). Blog. s/f. En: <http://micolchaderetazos.blogspot.com/p/sobre-solanes-y-jaspers.html>
28. Padilla F. *Karl Jaspers en situación*. Mi colcha de retazos. Blog. 19 de junio de 2011. En: <http://micolchaderetazos.blogspot.com/2011/06/karl-jaspers-en-situacion.html>
29. Balibrea M.P. *Renuncia a la Ciudadanía e Imaginación Postnacional en la Obra Exílica de Josep Solanes*. MLN (Modern Languages Notes). Hispanic Issue. 2023; 138, 2: 1-28. En: <https://eprints.bbk.ac.uk/id/eprint/50162/1/50162.pdf>
30. Villaseñor Bayardo S.J. *La idea del delirio es una idea cuerda*. Investigación en salud. 2002; 4, 1: p.0. En: <https://www.redalyc.org/pdf/142/14240109.pdf>
31. Anónimo. *Historique et lieu. Saumery, un "amy seur"*. Clinique Saumery. Web. Febrero de 2021. En: <https://www.cliniquesaumery.com/historique-et-lieu>
32. Téllez Carrasco P.J. *Historia de la psiquiatría en Carabobo (1951-2001)*. (Prólogo de J.J. López-Ibor). Valencia (Venezuela): Universidad de Carabobo, Dirección de Medios y Publicaciones y RR.PP. 2005; pp.: 19-180.
33. Miró Vinaixa M. *Entre la nostalgia y la esperanza: la experiencia radical del exilio*. En: Solanes J. En tierra ajena. Exilio y literatura desde la "Odisea" hasta "Molloy". Barcelona: Acantilado. Quaderns Crema. 2016; pp.: 9-18.
34. Amarista F.J. *La personalidad según Alberto Mateo Alonso (una concepción original)*. Gaceta Médica de Caracas. 2005; 113, 1: 12-18. En: https://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_gmc/article/view/18630
35. Tinao Martín-Peña J.F. *Los médicos del exilio republicano en Venezuela*. Historia Actual Online (Haol). 2005; 7: 43-54. En: <https://piel-l.org/blog/wp-content/uploads/2009/02/los-medicos-del-exilio-republicano-en-venezuela.pdf>
36. Martín-Frechilla J.J. *El dispositivo venezolano de sanidad y la incorporación de los médicos exiliados de la Guerra Civil española*. História, Ciências, Saúde-Manguinhos (Rio de Janeiro). 2008; 15, 2: 519-541. En: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/74pG3NGPXVs8xhXkBHW6nGv/?format=pdf&lang=es>
37. Fato A.E. *La colonia psiquiátrica de Bárbula, 1947: arquitectura y salud*. Programa de Investigación de Historia de la Arquitectura. Historia y Patrimonio. Facultad de Arquitectura y Urbanismo. Universidad Central de Venezuela. Trienal de Investigación. 30 de junio a 4 de julio de 2014; pp.: 682-693. En: <http://trienal.fau.ucv.ve/2014/cd/PDF/hyp/HP-20.pdf>
38. Anónimo. *Obituarios. Cristóbal Macía Anzola*. Archivos Venezolanos de Psiquiatría y Neurología. 2011; 57, 116: 45. En: <https://www.calameo.com/read/00219094328ac73e4a4f6>
39. Rojas C, De la Portilla N. *Bosquejo histórico de la Psiquiatría en Carabobo. La Escuela de Valencia*. Archivos Venezolanos de Psiquiatría y Neurología. 2008; 54, 110: 14-21.
40. De la Portilla N. *Exhortación a los psiquiatras*. Salud Ment. (México). 2011; 34, 1: 75-76. En: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252011000100010#notas
41. Miró Vinaixa M. *Guerra y exilio en la bibliografía de José Solanes i Vilaprenyó*. En: Solanes J. En tierra ajena. Exilio y literatura desde la "Odisea" hasta "Molloy". Barcelona: Acantilado. Quaderns Crema. 2016; pp.: 23-24.

42. Anónimo. *Fichas de autores (José Solanes Vilapreño)*. Zona Tórrida. Revista de Cultura de la Universidad de Carabobo. Valencia (Venezuela). 2010; 42: 147 (erróneamente, el n.º 42 es online dentro del año 2009). En: <https://servicio.bc.uc.edu.ve/multidisciplinarias/zona-torrida/index.htm>
43. Anónimo. *Les noms de l'exil et l'espace des exilés*. José Solanes, sous la direction de Alain Guy. Thèse d'université. Philosophie. Système Universitaire de Documentation (SUDOC). Toulouse 2. 1980. Referencia en: <https://www.sudoc.abes.fr/cbs//DB=2.1/SET=3/TTL=1/CLK?IKT=1016&TRM=Les+noms+de+l%27exil+et+l%27espace+des+e%CC%81xile%CC%81s>
44. Solanes J. *En tierra ajena. Exilio y literatura desde la "Odisea" hasta "Molloy"* (Prólogo de M. Miró Vinaixa). Barcelona: Acantilado. Quaderns Crema. 2016; pp.: 25-326.
45. Muñoz Castellanos J.C. *Josep Solanes y el exilio republicano: el espacio como frontera y el tiempo como bancarrota*. Revista Historia Autónoma. 2021; 19: 229-232. En: <https://revistas.uam.es/historiaautonoma/article/view/12667>
46. Martínez I. *En tierra ajena. José Solanes (1909-1991)*. Papel Literario. 26 de junio de 2022. En: <https://www.elnacional.com/papel-literario/en-tierra-ajena-jose-solanes-1909-1991/>
47. Trapanese E. *Tras las huellas de José Solanes: nombres y representaciones del exilio*. En: VV. AA. Caminos cruzados: filosofía y literatura del exilio español en América Latina (M. Chihaia, J. Ferrer, S. Pérez-Gatica, N. Schmich, eds.). 2023; pp.: 19-41. En: https://www.iberamericana-vervuer.es/capitulos/9783968694030_001.pdf
48. Luquin Calvo A. *Las metáforas y los nombres: Josep Solanes y la (re)creación del lenguaje en el exilio*. En: VV. AA. Caminos cruzados: filosofía y literatura del exilio español en América Latina (M. Chihaia, J. Ferrer, S. Pérez-Gatica, N. Schmich, eds.). 2023; pp.: 43-59. En: https://www.iberamericana-vervuer.es/capitulos/9783968694030_002.pdf
49. Balibrea M.P. *Repensar la historia desde lo marginal e itinerante: consideraciones generales y el caso del psiquiatra exiliado Josep Solanes*. Laberintos. Revista de estudios sobre los exilios culturales españoles. 2024; 26: 39-61. En: <https://dialnet.unirioja.es/ejemplar/693186>
50. Rojas C, De la Portilla N, Sedek M.E. *El magisterio de José Solanes en el exilio*. Psicopatología. 2005; 25, 3-4: 23-45.
51. Grases P. "José Solanes. Una breve biografía". Grupo Li Po. Blog. 27 de diciembre de 2010. En: <https://grupolipo.blogspot.com/2010/12/jose-solanes-una-breve-biografia-por.html>
52. Yusti C. *Notas desabrochadas. Una revista en el manicomio*. Ciudad Letralia. La metrópolis de las Letras. s/f. En: <https://letralia.com/ciudad/yusti/060124.htm>
53. Téllez P. *Nanacinder (1954-1962)*. Revista Literaria. *Una fruta tropical*. Salmos Compulsivos. Blog. 8 de febrero de 2010. En: <http://salmoscompulsivos.blogspot.com/2010/02/nanacinder-1954-1962-revista-literaria.html>
54. Ascanio Barrios C.J. *Formas bajo sospecha. Nanacinder. Vocero de la Colonia Psiquiátrica de Bárbula (1954-1962)*. Casos y archivos de la escritura. El Taco en la Brea. Revista Semestral del Centro de Investigaciones Teórico-Literarias. 2020; 1, 12: 151-169. En: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7886955>
55. Garrabé J. *Histoire des échanges dans le domaine de la psychiatrie entre la France et les pays d'Amérique latine*. L'information psychiatrique. 2019; 95, 9: 755-769. En: <https://shs.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2019-9-page-755?lang=fr>
56. Trillo I. *La biografía del médico de Jimena, Guillermo Ortega Durán (22.01.2018)*. Blog de Ignacio Trillo. 20 de enero de 2018. En: <https://ignaciotrillo.wordpress.com/2018/01/20/33940/>
57. Trillo I. *El exilio del doctor Ortega y el retorno de Doña Pura (3ª parte) (08.02.2018)*. Blog de Ignacio Trillo. 8 de febrero de 2018. En: <https://ignaciotrillo.wordpress.com/2018/02/08/34163/>
58. Pacheco S, Rahmani R, Medrano J, Martínez O, Markez I, Pacheco L. *Hace ya algún tiempo: Antonio Román Durán (1905-?). Un psiquiatra español introductor de la Psicología en Guatemala*. Norte de salud mental. 2024; 19, 71: 99-109. En: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9688166>

59. Grases P. *Ortega Durán, José Luis*. En: Médicos españoles emigrados a Venezuela. Areópago Bis. Blog. 29 de julio de 2008. http://pjgrases.blogspot.com/2008_07_29_archive.html
60. Guerra F. *La Medicina en el exilio republicano*. Madrid: Universidad de Alcalá. 2003; pp.: 258, 259, 261, 492, 737, 738.61-Nieto D. *Personalidades de la Neurobiología*. José Sanchís Banús. Arch. de Neurobiol. 1982. 45; 5: 407-416.
62. Butlletí Oficial de la Generalitat de Catalunya (BOGC). *Decreto sobre la creación de la Comisión Asesora Psiquiátrica*. BOGC. 12 de julio de 1935. N.º 193; p.: 300. En: <https://dogc.gencat.cat/content/continguts/serveis/republica/1935/19350193.pdf>
63. Anónimo. *Història del recinte Torribera*. Diputació de Barcelona. Web. s/f. En: <https://www.diba.cat/web/recintes/torribera/la-historia-de-torribera>
64. Anónimo. *José Ortega Durán*. Biografías. Fundación Bengoa. s/f. En: <https://www.fundacionbengoa.org/novedades/publicaciones/biografias/jose-ortega-duran/>
65. Martín-Frechilla J.J. *El difícil camino de la salud pública. Los médicos españoles exiliados en Venezuela, 1936-1950*. Montalbán (UCAB). 2003; 36: 225-254. En: https://www.researchgate.net/publication/391828184_El_dificil_camino_de_la_salud_publica_Los_medicos_espanoles_exiliados_en_Venezuela_1936-1950
66. Salazar J.M. *La psicología en Venezuela: orígenes, desarrollo, proyecciones*. Revista de Historia de la Psicología. 2001; 22, 1: 41-56. En: https://journals.copmadrid.org/historia/archivos/fichero_salida20210910142018765000.pdf
67. Sanz V. *Ortega Durán, José*. En: El exilio español en Venezuela. Vol. II. Apéndice biográfico. Caracas: Casa de España en Caracas y José Agustí Catalá. Ed. El Centauro. 1995; pp.: 183-184.
68. Fonseca Capdevila E. *José Sánchez-Covisa Sánchez-Covisa y su tiempo*. I Seminario de Historia de la Dermatología. Trujillo (Cáceres. Spain). 21 de noviembre de 2017. Fundación Profesor Novoa Santos; pp.: 65-72. En: <https://www.researchgate.net/publication/326020529>
69. Anónimo. *Población de Venezuela desde el año 1900 hasta el año 1995*. Venezuela: Universidad de los Andes. Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales. s/f. En: http://iies.faces.ula.ve/censo/pobla_vene.htm
70. De Oliveira C. *Dr. Manuel Matute: Historia de la psiquiatría en Venezuela. La época dorada de la psiquiatría nacional*. Medicina en el tiempo. Vitae. Academia Biomédica Digital. Acumulado julio-diciembre 2021 (87-88). N.º 87. En: <https://vitae.ucv.ve/?module=articulo&rv=168&n=2079&m=3&e=2082>
71. Pacheco S, Rahmani R, Medrano J, Martínez O, Markez I, Pacheco L. *Hace ya algún tiempo: José Miguel Sacristán Gutiérrez (1887-1957). Un psiquiatra en el olvido*. Norte de salud mental. 2022; 18, 67: 129-140. En: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8562242>
72. Sánchez L.M, Dembo M. *Venezuela*. En: VV. AA. The Oxford Handbook of the History of Psychology. Global Perspectives (DB. Baker, ed.). New York: Oxford University Press, Inc. 2012; pp.: 594-615. En: <https://academic.oup.com/edited-volume/35476?searchresult=1>
73. Carpintero H. *Psicología aplicada española en el exilio. La obra de los psicólogos españoles exiliados tras la Guerra Civil*. Anales de la Real Academia de Ciencias Morales y Políticas. 2003; 80: 369-391. En: https://www.boe.es/biblioteca_juridica/anuarios_derecho/articulo.php?id=ANU-M-2003-10036900391
74. Ortega J, Bengoa J.M. *La alimentación del soldado en los cuarteles de Caracas*. XII Conferencia Sanitaria Panamericana. Cuadernos amarillos. N.º 14. Caracas: Ed. Grafolit. 1946. En: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/28783/CSP12_C14.pdf?sequence=1&isAllowed=y
75. Aranceta-Batrina J. *In Memoriam. Dr. José María Bengoa, un bilbaíno universal*. Revista Española de Nutrición Comunitaria. 2010; 16, 1: 56-57. En: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-nutricion-comunitaria-299-articulo-dr-jose-maria-bengoa-un-S1135307410700144>
76. Anónimo. *José Ortega Durán*. En: Todos (...) los nombres. Base de datos de víctimas del franquismo en Andalucía, Extremadura y Norte de África. CGT.A y Asociación "Nuestra Memoria". Web. 2020. En: <https://todoslosnombres.org/personas/jose-ortega-duran/>

77. Domenech E, Corbella J. *Aportación a la historia de la psiquiatría infantil en España. El período de formación de la especialidad. 1880-1936*. Gimbernat. 1994; 22: 61-104. En: <https://ddd.uab.cat/record/199630>
78. Gómez G. *Dr. José Ortega Durán, portador de saberes, conocimientos y técnicas de la tradición*. El Carabobeño. 2 de julio de 2024. En: <https://www.el-carabobeno.com/dr-jose-ortega-duran-portador-de-saberes-conocimientos-y-tecnicas-de-la-tradicion/>
79. Mateo Ruiz C. *Historia de vida en la Venezuela contemporánea*. Novísimas: II Congreso Internacional de Historia de Nuestro tiempo (C. Navajas, D. Iturriaga, coords.). 2010: 127-138. En: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3312452>
80. Sanz V. *Mateo Alonso, Alberto*. En: *El exilio español en Venezuela*. Vol. II. Apéndice biográfico. Caracas: Casa de España en Caracas y José Agustí Catalá. Ed. El Centauro. 1995; pp.: 162-165.
81. Grases P. *Mateo Alonso, Alberto*. En: *Médicos españoles emigrados a Venezuela*. Areópago Bis. Blog. 29 de julio de 2008. En: http://pjgrases.blogspot.com/2008_07_29_archive.html
82. Giménez-Roldán S. *Neuropsiquiatría y política: el enfrentamiento entre Gonzalo R. Lafora y José María Villaverde*. *Neurosciences and History*. 2014; 2,4: 140-148. En: https://nah.sen.es/vmfiles/abstract/NAHV2N42014140_148ES.pdf
83. Bahamonde Magro A. *Mateo Alonso, Alberto*. En: *Diccionario Biográfico del exilio español de 1939: los militares*. Fundación Pablo Iglesias. s/f. En: <https://fpabloiglesias.es/entrada-db2/mateo-alonso-alberto/>
84. Mateo Alonso A. *Carta manuscrita a Juan Larrea. 10 de mayo de 1939*. En: *Memórica*. México, haz memoria. Embajada de México en Francia. AGN. Gobierno de México. s/f; p.: 34. En: <https://memoricamexico.gob.mx/swb/memorica/Cedula?old=3XMcr28BKx7cnKFKHPnP>
85. Feldman M. *Mateo Alonso, Alberto*. *Diccionario de Historia de Venezuela (DHV)*. Versión digital. Fundación Empresas Polar. s/f. En: https://bibliofep.fundacionempresaspolargob.org/dhv/entradas/m/mateo-alonso-alberto/?fbclid=IwAR3uJx6EnJ5LM_rTaK7E2iAJrbsBKQ7nQJsqSTf43QCcoOQRfvoQJvwThU4
86. Torres A.T. *Lya Imber de Coronil (1914-1981)*. Biblioteca Biográfica Venezolana. 120. Caracas: El Nacional. 2010; pp.: 18-20, 43-46, 90. En: <https://www.anateresatorres.com/wp-content/uploads/2017/11/LYA-IMBER-de-CORONIL.pdf>
87. Gutiérrez Avendaño J. *Mental hygiene, social turn of psychiatry and incorporation of Mental health in the public agenda in Ibero-America, first half of the 20th century*. *Revista Praxis y Culturas Psi*. 2021; 34: 21-39. En: <https://www.researchgate.net/publication/348276550>
88. Bianco N.E, Tapia F.J, Boadas A.M. *Obituario Profa. Lila Ruiz de Mateo Alonso*. Vicerrectorado Académico. Universidad Central de Venezuela. CDCH. 16 de marzo de 2022. En: <https://cdch.ucv.ve/2022/03/16/obituario-profa-lila-ruiz-de-mateo-alonso/>
89. Martín Frechilla J.J. *Forja y crisol. La Universidad Central, Venezuela y los exiliados de la Guerra Civil española: 1936-1958*. Caracas: Consejo de Desarrollo Científico y Humanístico. Universidad Central de Venezuela. 2006; pp.: 443, 444 (ver nota 251 a pie de página), 482.
90. Mateo Alonso A. *What is mental health? Who are mentally healthy?*. *International Journal of Social Psychiatry*. 1960; 6, 3-4: 302-305. En: https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/002076406000600318?_gl=1*18n6fzq*_up*MQ..*_ga*MTUyOTc1MDU5MS4xNzY1OTY5NDM0*_ga_60R758KFDG*cze3NjU5Njk0MzQkbzEkZzAkdDE3NjU5Njk0MzQkajYwJGwwJGg0OTg1MzYyNTc
91. López-Muñoz F, Baumeister A.A, Hawkins M.F, Álamo C. *The role of serendipity in the discovery of the clinical effects of psychotropic drugs: beyond of the myth*. *Actas Esp Psiquiatr*. 2012; 40, 1: 34-42. En: <https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/14/75/ESP/14-75-ESP-34-42-816267.pdf>
92. Sauret J, Comelles J.M. *Jaume Sauret Guasch (1910-1964). "Antibiografía" d'un psiquiatre del POUM*. Gimbernat. 2025; 83: 85-107. En: <https://raco.cat/index.php/Gimbernat/article/view/433310/527502>

93. Sauret Pont J. *Jaime Sauret i Guasch*. Galería de Metges Catalans. Col·legi Oficial de Metges de Barcelona. 2015. En: [https://www.galeriametges.cat/galeria-fitxa.php?icod=ELEM#googtrans\(cales\)](https://www.galeriametges.cat/galeria-fitxa.php?icod=ELEM#googtrans(cales))
94. Brugera Cortada M. *Josep Miret i Monsó*. Galería de Metges Catalans. Col·legi Oficial de Metges de Barcelona. 2015. En: <https://www.galeriametges.cat/galeria-fitxa.php?icod=IMM>
95. Ibarz V. *Miret Monsó, Josep*. En: VV. AA. *The Biographical Encyclopedia of Psychology in Latin America* (AM. Jacó-Vilela, H. Klappenbach, R. Ardila, eds.). Switzerland: Palgrave Macmillan. Springer Nature Switzerland. 2023; pp.: 814-816. En: https://link.springer.com/rwe/10.1007/978-3-030-56781-1_435
96. Miret i Monso J. *L'exili dels metges catalans després de la Guerra Civil*. Gimbernat. 1993; 20: 213-260. En: <https://raco.cat/index.php/Gimbernat/article/view/44259>
97. Santoro E. *Pérez Enciso, Guillermo*. En: VV. AA. *The Biographical Encyclopedia of Psychology in Latin America* (AM. Jacó-Vilela, H. Klappenbach, R. Ardila, eds.). Switzerland: Palgrave Macmillan. Springer Nature Switzerland. 2023; pp.: 954-956. En: https://link.springer.com/rwe/10.1007/978-3-030-56781-1_618
98. Sevillano A, Torres A. *María Pérez Enciso: una poeta en el olvido*. Almería: Instituto de Estudios Almerienses. Publicación digital. 2012; pp.: 7, 9, 14-17, 40-42. En: [https://www.dipalme.org/servicios/anexos/anexosiea.nsf/vanexos/iea-menciso/\\$file/menciso.pdf](https://www.dipalme.org/servicios/anexos/anexosiea.nsf/vanexos/iea-menciso/$file/menciso.pdf)
99. Anónimo. *Exili de 1939: exili exterior. Venezuela. Guillem Pérez Enciso*. Col·legi Oficial de Metges de Barcelona. Museu d'Història de la Medicina de Catalunya. Web. s/f. En: <http://www.metgesalexili.cat/exili-exterior.html>
100. Grases P. *Pérez Enciso, Guillermo*. En: *Médicos españoles emigrados a Venezuela*. Areópago Bis. Blog. 29 de julio de 2008. http://pjgrases.blogspot.com/2008_07_29_archive.html
101. Rodríguez P.R, Sánchez L.M. *La psicología en Venezuela*. Papeles del Psicólogo. 1996; 66: sin paginar. En: <https://www.papelesdelpsicologo.es/resumen?pii=735>
102. Grases P. *Otros médicos exiliados*. En: *Médicos españoles emigrados a Venezuela*. Areópago Bis. Blog. 29 de julio de 2008. http://pjgrases.blogspot.com/2008_07_29_archive.html
103. González Tejera N. *Nómina de republicanos españoles refugiados en República Dominicana (1940-1941)*. Boletín del Archivo General de la Nación. BAGN. 2013; 38, 135: 33-152. En: https://barcosdelexiliorepublicano.com/assets/files/BAGN_2013_No_135%20nuevo.pdf
104. Alfonseca Giner de los Ríos J.B. *Escenarios dominicanos de la escuela republicana en el exilio, 1939-1945*. Historia y Memoria de la Educación. 2019; 9: 173-215. En: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6800615>
105. García E, Fuentes J.B, Carpintero H. *Emilio Mira y López y la psicología Latinoamericana*. Revista de Historia de la Psicología. 1993; 14, 1: 31-55. En: https://journals.copmadrid.org/historia/archivos/fichero_salida20210910141712092000.pdf
106. Anónimo. *Otras actividades*. Instituto de Psicología y Psicotecnia. Revista Nacional de Cultura. Ministerio de Educación Nacional de Venezuela. 1950; 78-79: 268. En: https://archive.org/details/revista-nacional-de-cultura_january-april-1950_11_78-79/page/268/mode/2up?q=%22Francisco+Del+olmo%22

- Recibido: 10/03/2026.
- Aceptado: 06/05/2026.

Enhorabuena a Rafael Huertas.

Queridas socias y queridos socios de la Sección de Historia,

Desde la Sección de Historia de la AEN-PSM gustaría compartir con vosotros una noticia que creo que todos recibiremos con una enorme alegría.

Nuestro querido compañero Rafael Huertas ha sido distinguido con la Medalla Margarita Salas del CSIC a la Mejor Trayectoria en Supervisión de Personal Investigador, un reconocimiento que pone en valor su extraordinaria labor formando y acompañando a nuevas generaciones de investigadores e investigadoras.

Quienes hemos tenido la suerte de trabajar con Rafael conocemos bien que este premio reconoce mucho más que una brillante trayectoria académica. Reconoce también su generosidad, su capacidad para compartir conocimiento, su compromiso con la historia de la psiquiatría y de la salud mental y su constante apoyo a quienes empiezan su camino investigador.

Desde la Sección de Historia de la AEN queremos hacerle llegar nuestra más sincera enhorabuena y nuestro cariño. Es una alegría ver cómo se reconoce públicamente una trayectoria tan sólida y, al mismo tiempo, tan cercana y humana.

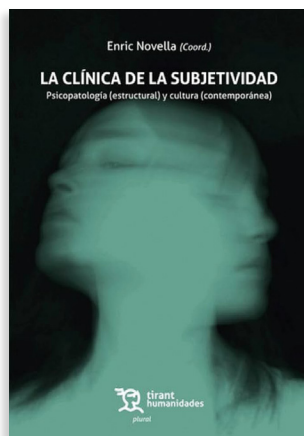
¡Enhorabuena, Rafael! Es un reconocimiento plenamente merecido y una magnífica noticia para todos los que compartimos contigo este espacio.

Un abrazo,

La Sección de Historia de la AEN-PSM.



ACTUALIZACIONES



La clínica de la subjetividad. Psicopatología (estructural) y cultura (contemporánea).

Enric Novella.

Editorial Tirant Lo Blanch.

Isbn Papel: 9788410817807 • Isbn Ebook: 9788410817814

Enric Novella ha coordinado la edición de un volumen colectivo *La clínica de la subjetividad. Psicopatología (estructural) y cultura (contemporánea)*, publicado por la editorial Tirant Humanidades. Partiendo de la apreciación ampliamente extendida de que la psiquiatría y la psicología clínica se enfrentan a una importante crisis de legitimidad derivada de su insistencia en acometer el estudio de la subjetividad con los métodos y presupuestos de la ciencia natural, este libro examina desde una perspectiva multidisciplinar (histórica, clínica, antropológica y literaria) los orígenes, los fundamentos y la inserción cultural de la aproximación holista, reconstructiva y hermenéutica a la experiencia de la locura y el sufrimiento psíquico propugnada por la psicopatología estructural y, más concretamente, por la psicopatología fenomenológico-antropológica. De este modo, sus sucesivos capítulos abordan la trayectoria histórica, las exigencias epistemológicas y la relevancia actual del proyecto de la psicopatología (estructural) en el contexto de la insatisfacción reinante con el empobrecimiento (o la misma abolición) de la actividad psicopatológica, de la enorme proyección de los saberes y las prácticas psi en las sociedades contemporáneas y del creciente interés historiográfico y cultural por la experiencia de la alteridad, las narrativas autobiográficas y la literatura testimonial.



Incidente en el manicomio: ni son todos los que están, ni están todos los que son.

Jorge L. Tizón.

Editorial Círculo Rojo, 2025 • 518 págs

ISBN: 9791370234959

En el manicomio de Sant Boi de Llobregat, en Barcelona, un día de 1970, un internado fue degollado durante la sesión de barbería, en presencia de más de cien personas, entre «enfermos» y «cuidadores». A partir de ahí, la novela narra la investigación del caso llevada a cabo en los meses sucesivos por Aurelio Curto, un controvertido inspector de la Brigada de Investigación Criminal española. El caso se cierra en falso y, casi quince años después, es re-investigado desde perspectivas muy diferentes por el doctor Jordi Daniel, un controvertido psiquiatra. Ambas investigaciones permiten ahondar en las costumbres, historias y avatares de dos de los mundos más marginados de nuestras sociedades: el primero, el de los pacientes psiquiátricos ingresados, los «locos de manicomio» y sus «loqueros»; el segundo, el mundo de la política y los políticos de izquierda e izquierda radical y guerrillera durante el siglo XX.

La novela nos presenta una trama que nos devuelve al mundo de la asistencia, en el que asistimos a la construcción y deconstrucción de un psiquiatra contemporáneo con las posibilidades del uso de herramientas que le son propias si es capaz de ir más allá de las cómodas rutinas de su día a día.

Realidad histórica y entramado policíaco se entrecruzan en esta «historia de historias», que añade nuevos conocimientos y revelaciones gracias al esfuerzo de ambos investigadores y de los grupos corales que los acompañan en la resolución del «incidente».

Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria.

Vol. 22, número 1, 2025.

Artículos originales

Las Guerras y la Salud Mental

Presentación. *Iñaki Markez.*

La guerra en el imaginario personal y colectivo. *Jorge L. Tizón.*

Ilustres judíos critican la guerra y el sionismo. *Iñaki Markez.*

Suicidios tras la derrota. *Guillermo Rendueles.*

Refugiados y exilio tras una cruel guerra. *Anna Miñarro.*

La memoria y el legado: Roca y Oesterheld. *Ricardo Jarast.*

10 BÁSICOS 10: Las guerras y la salud mental

Punto crítico: "Sobre la adolescencia" (Compilador Alberto Lasa Zulueta)

Sobre la adolescencia de las personas autistas. *Alberto Lasa.*

Sobre la adolescencia de los esquizofrénicos. *Fernando Colina.*

El malestar social y los adolescentes. ¿Cómo acompañarlos? *Daniel Cruz.*

Las preguntas de la adolescencia. *Fernando González-Serrano, Consuelo Panera Uribe, Batirtze Artaraz Ocerinjauregui, Andrea López Fariña.*

Informes

Pacto por la Salud Mental del Principado de Asturias.

Reseñas

Los locos de Valencia (1409-2009). Mitos rituales y utopías en Salud Mental. *Cándido Polo Griñán.*

In memoriam

Joan Torres i Culubret (1946-2024), Valentin Corces Pando (1943- 2025), Jose Manuel Susperregui González (1940-2025), Emiliano Galende (1940-2025), Susana Garcia Tardon (1961-2025).

Noticias breves

Reuniones científicas

Revistas de la AEN-PSM

Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Vol. 45, nº147, enero-junio 2025.

BOLETÍN de la Asociación Madrileña de Salud Mental. Número. 52, primavera 2025.

NORTE de salud mental. Número 74, julio 2025.



Boletín AMSM nº 53.

Sumario.

Editorial

Acompañar el sufrimiento psíquico. En busca del tiempo perdido.

La Constitución no es un catálogo del Pryca.

Informe

Estado de los Centros de Salud Mental de la Comunidad de Madrid. Asociación Madrileña de Salud Pública (AMASAP) y Asociación Madrileña de Salud Mental (AMSM).

Colaboraciones

Nadando entre dos aguas: una experiencia de supervisión. Edgar Hernández León.

¿Hemos cambiado la actuación en violencia de género en la red de salud mental? A propósito de una encuesta sobre conocimientos y actitudes en profesionales. Cristina Polo Usaola, Montserrat Mera García y Leticia Camarillo Gutiérrez.

Volver al cuerpo (La Revolución Delirante). Irene Newey.

Hemos leído...

"Otras lecturas- Literatura y clínica" de Carlos Rey. José María Álvarez

"Relación terapéutica y fármaco psiquiátrico. Psicofarmacología psicodinámica" de José Miguel Ribé. José Camilo Vázquez Caubet.

Revista AEN.

Sumario.

Editorial

¿Por qué, para qué y para quién escribimos en la AEN-PSM? *Olga Villasante Armas.*

Artículos

Relación entre la autoeficacia y el miedo al parto en mujeres embarazadas: Una revisión sistemática. *Karen Lizbeth Zapi-Estrada, Arturo Enrique Orozco-Vargas, Adelaida Rojas García, Rosalinda Guadarrama, Guadarrama, Virginia Flores Pérez.*

Vínculo madre-bebé y salud mental: el valor del cuidado y el apoyo a las madres. *Rocío Paricio del Castillo.*

Evolución de la adherencia al tratamiento y motivación al cambio en un programa ambulatorio grupal para pacientes adultas jóvenes con diagnóstico de trastorno de la conducta alimentaria. *Olalla Varela, Miriam Esther Pelayo Delgado, Irene Sánchez Elías, Inmaculada Palanca Maresca.*

Reflexión sobre la atención comunitaria a la salud mental de adolescentes LGBTQ+: Evidencias y propuestas de acción. *Diego Padilla Torres.*

Dentro y fuera de la Unidad de Cuidados Psiquiátricos Prolongados: Cuidado, vínculo y contradicciones. *Miguel Ángel Martínez Barbero, Alberto Garrandés Fernández, Ana Maíllo Hortal, Esperanza López Marcos.*

Empodérate la mente: estudio con metodología mixta de un grupo psicoterapéutico con técnicas corporales y de autodefensa en mujeres con diagnóstico de salud mental y antecedentes de violencia de género. *Alba Luque Tintó, Cristina Ventura Fuentes, Rodrigo Viejo García, María Estébanez Elguezal, Dolors Rodríguez Martín.*

La patologización de los malestares según los profesionales de la salud mental. Un estudio sociológico. *Javier Fernández-Pollán.*

Farmacoepidemiología de los opiáceos en España. Comparativa con otros países de la OCDE. *Ana Vidal Lorenzo, Juan Carlos Vidal Lorenzo, Miguel Rodríguez Otero.*

El encuadre clínico como matriz hermenéutica: epistemologías del silencio y justicia interpretativa en psiquiatría. *Manuel Rodríguez Redolat.*

La conversación psicoanalítica: su utilidad en salud mental. *Rafael Arroyo Guillamón.*

¿Rechazo del inconsciente? Problemas vigentes en la psicopatología psicoanalítica. *Antoni Canyelles-Suau.*

Perspectivas actuales

Ruralidad y psicología para la clínica: Un terapeuta en el suroccidente de Asturias. *Javier Manjón González.*



Crítica de Libros

Los medicamentos y la salud mental como negocio.

Julio José Segarra Valls. Big Pharma: Macronegocio y salud (mental).

Silvia Marín Pradenas, Emilio Pol Yanguas.

"Desartefactor" la rehabilitación.

Claudia Araya Ibacache, César Leyton Robinson. Trabajo, proletarización y comunidad.

Intentos de rehabilitación psiquiátrica en Chile (1850-1973).

Rafael Huertas.

Un intento fallido

Ludwig Binswanger, Sobre la fuga de ideas.

Fernando Colina.

Una novela de Jorge Luis Tizón.

Jorge Luis Tizón. Incidente en el manicomio: ni son todos los que están, ni están todos los que son.

Alberto Fernández Liria.

La salud mental en los tiempos de la hiperconectividad.

Hilario Blasco Fontecilla. La telaraña. Red social, redil social, ¿o telaraña social?

Ángel L. Fernández. Contralgoritmia.

Rebeca García Nieto.

Obituarios

Antonio Rey, *In Memoriam. Enric Novella*

Fe de erratas y correcciones

Corrección del artículo "Florencio Villa Landa (1912-1992):

Un psiquiatra español en la Unión Soviética y en la revolución cubana".

Sonsoles Pacheco Larrucea, Reda Rahmani El Ouachekradi, Juan Medrano Albéniz, Óscar Martínez

Azumendi, Iñaki Markez Alonso, Luis Pacheco Yáñez.

Páginas de la Asociación

Norte de Salud Mental.

Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria.

Boletín Asociación Madrileña de Salud Mental.

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:

Asociación Andaluza de Profesionales de Salud Mental 	ACLSM 	Sociedad Aragonesa de Salud Mental S.A.S.M. 	Asociación Castellano-Manchega de Neuropsiquiatría y Salud Mental 	ABSM ASSOCIACIÓ BALEAR DE SALUT MENTAL 	Asociación Extremeña de Neuropsiquiatría (AExN) 
Asociación Española de Neuropsiquiatría 	Asociación de profesionales de salud mental de Cantabria 	Osasun mentalaren elkarres 	Asociación Catalana de Professionals de Salut Mental 	Professionals de Salut Mental AEN PV 	Asociación Española de Profesionales de Salud Mental de Neuropsiquiatría 
CENTENARIO 1924-2024					