

**Real Academia de Medicina de Bilbao**

---

**SOCIOPSIKOPATOLOGIA DE LA  
INADAPTACION JUVENIL**

**DISCURSO**

para la recepción pública del Académico electo.

**ILTMO. SR. DR. D. RODRIGO GONZALEZ-PINTO LOPEZ**

leído el día 17 de junio de 1975

y contestación del Académico numerario

**EXCMO. SR. DR. D. RAMON SARRO BURBANO**

de la Real Academia de Medicina de Barcelona



**Real Academia de Medicina de Bilbao**

---

**SOCIOPSIKOPATOLOGIA DE LA  
INADAPTACION JUVENIL**

**DISCURSO**

para la recepción pública del Académico electo

**ILTMO. SR. DR. D. RODRIGO GONZALEZ-PINTO LOPEZ**

leído el día 17 de junio de 1975

y contestación del Académico numerario

**EXCMO. SR. DR. D. RAMON SARRO BURBANO**

de la Real Academia de Medicina de Barcelona



## **Dedicatoria**

*A la memoria de*

*D. Deogracias González Montejano, médico alienista.*

*D. José Rodrigo González y González, médico psiqui.*

*D. José González Pinto, médico psiquiatra.*

*D. Rodrigo González Pinto, médico psiquiatra.*

*Y con el permanente cariño a mi esposa y a mis hijos,  
tres de ellos en el difícil, duro y espléndido camino  
de la ayuda al que sufre.*

## SOCIOPSIKOPATOLOGIA DE LA INADAPTACION JUVENIL

RODRIGO GONZALEZ-PINTO LOPEZ

Exemos. e Ilmos. Sres.:

Al elegir el tema que habría de ser motivo de mi discurso de ingreso en esta Real Academia, pensé que debía relacionarse primero con algo a lo que hubiese dedicado una parte de mi vida médica. Que además fuese un problema psiquiátrico de interés social y, a ser posible, que enfocase una problemática característica de Vizcaya y su entorno.

Estas tres circunstancias se dan en el problema Psicológico y Psicopatológico de la Inadaptación Juvenil. Algo que encaja dentro de la psicología de la persona. Tiene el máximo interés, ya que la conducta del niño y del joven es, casi siempre, la conducta del adulto. Son numerosos los factores psicopatológicos que, aparte, influyen en las alteraciones del carácter y la conducta. Desde hace cerca de treinta años, estudiamos estos problemas y hemos dedicado a ellos numerosos trabajos científicos y esfuerzos diarios. Y, por último, es en Vizcaya donde la problemática de la inadaptación juvenil presenta especiales características, pues es un centro de inmigración constante en los últimos años de retorno de emigrantes y desplazados, dentro de la población juvenil; gran parte de estos problemas han sido estudiados por vizcaínos ilustres a los que les corresponde la gloria de ser pioneros en la labor de lograr una readaptación juvenil. Otros vizcaínos han destacado no solamente en Vizcaya, sino de forma internacional en los problemas del niño y del joven, como ocurre en el caso del profesor AJURIA-GUERRA, actual catedrático de Psiquiatría en Ginebra, cuyas obras en Psiquiatría Infantil y Juvenil alcanzan universal renombre. En el terreno específico de la lucha contra la inadaptación, sobresale la gigantesca figura de don GREGORIO DE IBARRA, promotor de la labor en pro de la infancia y juventud inadaptada y del que hablaremos con más detenimiento en su correspondiente lugar.

La Psiquiatría es ciencia relativamente joven y diríamos que es a partir de KRAEPELIN cuando adquiere la categoría de ciencia natural y ciencia cultural (la actual Psiquiatría transcultural la iniciaron los periplos de KRAEPELIN). Por otra parte, un condiscípulo de KRAEPELIN en torno a la vieja figura de CHARCOT en París, SIGMUND FREUD, revolucionará una parte de la misma, añadiéndole una nueva dimensión histórico-cultural. A partir de entonces se universaliza y la Psicología adquiere lenta y seguramente una propia estructura. Pronto las distintas escuelas psiquiátricas van tomando posiciones en torno a las posibles etiologías de las enfermedades psíquicas. Y una parcela importante viene a ser la que se dedica a los primeros años del ser humano.

Por eso no es extraño que, a partir de la Psiquiatría científica, una de sus partes lo fuera la dedicada a la juventud y a la niñez. Pero tanto en el aspecto social como en el médico o psicopatológico existían antecedentes importantes que no pueden pasar desapercibidos en este breve bosquejo histórico: un español, el beneditino PONCE DEL LEÓN (siglo XVI), y un portugués, PEREIRA (siglo XVIII), si bien centrados en formas deficitarias. LECOT y BUFFON más tarde, y ya a finales del XVIII el gran reformador de la Pedagogía, el suizo PESTALLOCCI. Su descubrimiento fue el que el niño, futuro hombre, no era «una categoría homogénea» y que en la tarea de humanizar había que personalizar la educación y los valores del niño.

El pensar en la necesidad de unas bases de educación que precedan a las de enseñanza corresponde a un alemán, FRÖBEL, que crea unos jardines de

la infancia, algo así como peculiarmente en Vizcaya tenemos las «Ikastolas» y jardines de infancia, donde lo interesante es el aprendizaje de la convivencia y la adquisición de las bases sobre las que más tarde se organizará toda la formación intelectual del niño.

A nivel nacional, la creación del Instituto Alemán de Educación supuso la culminación de la obra de FRÖEBEL y su difusión a nivel internacional. La fuerte influencia cultural del pensamiento germánico durante el último tercio del siglo XVIII y primero del XX contribuyeron a ello.

Fue sin embargo preciso que se dieran en una misma persona las cualidades de médico, de psiquiatra y de psicopedagogo para que pudiera iniciarse lo verdaderamente útil en la observación psicológica y en la profilaxis y tratamiento de las inadaptaciones y trastorno de la conducta juvenil. Es la persona de SEGUIN (en 1812), maestro, pedagogo y más tarde médico, el que ocuparía toda su vida a esta tarea. El más grande de los psiquiatras de aquel tiempo, ESQUIROL, le asesora y así los dos van formando una desarrollada tarea importante. JOHN DEWEY, en América del Norte, finalizando el siglo XIX, comienza a esbozar una dimensión social a la educación del niño, y en Italia una mujer, la doctora MONTESORI, se interesa no por la educación de los adultos al niño, sino por el poder autoeducativo de éste. El que más tarde el psicoanálisis en parte se atribuiría, a nuestro juicio, equivocadamente.

Poco a poco, la necesidad de que el niño sano precisase de atención psicológica, tanto o más que el calificado como enfermo, y la necesidad de separar los casos límites, dieron lugar a la aparición de los «tests» como formas de exploración abreviadas basadas en los conocimientos de pruebas efectuadas en grupo de laboratorio. BINET primero y SIMÓN después, son los creadores de algo que se universalizaría cuando a principios de la primera guerra mundial se utiliza el «test» colectivo por Norteamérica para la selección de los soldados que se incorporan a los frentes de Europa.

Pese a todo, la nosología de KRAEPELIN tenía aún en psiquiatría la mayor importancia, ya que es a partir de ella cuando se delimitan los campos. El aspecto dinámico corresponderá al psicoanálisis. Y el desplazamiento de la observación del niño y del joven a los que le rodean formando parte de este perimundo del educador, correspondió a WICKMANN. Paralelamente, las investigaciones bioquímicas y genéticas vienen a aportar, a partir de los dos últimos decenios, prometedores resultados en lo que se refiere al campo orgánico de las anomalías de la adaptación.

En los países del Este europeo, donde el psicoanálisis es rechazado y en los que la reflexología de PAUYLOW continúa siendo la base de investigación y terapia, las aportaciones de KRASNOGORSKY en el estudio de la conducta sobre una base cerebral son indudablemente interesantes. De todas formas no existe unanimidad en todos los investigadores de la conducta infantil en cuando a los niños que presentan alteraciones de algún tipo en su caracterología y aquellos que precisen de una ayuda psicológica especializada. Son cifras que van desde el 40 al 15 por ciento lo que hace aumentar extraordinariamente el número de niños necesitados de ayuda. A lo largo del tiempo que venimos asistiendo a poblaciones infantiles nos encontramos con dos hechos significativos: el primero es que desde hace unos pocos años los padres traen al niño al psiquiatra para averiguar sus posibilidades intelectuales o sus trastornos de conducta en lugar de presentarse con un problema puramente patológico; el segundo, y más importante, es que a veces el niño viene por indicación del maestro que ha avisado a la madre que debe acudir al psiquiatra. Y entonces echamos de menos el no poder dedicar una atención necesaria al niño y el no disponer de un equipo

psicológico-pedagógico que se ocupe de él para emitir un informe en el que en la mayoría de los casos sobra la interpretación psiquiátrica.

Toda teoría, organicista o psicogenicista, es válida en el estudio de la conducta e inadaptación juvenil, porque llegado el momento deberá complementarse con aportaciones de la otra. Así lo comprendía J. PIAGET y así lo comprenderán todos los que se adentran sobre las realidades de la observación antes que pre-juzgar la etiqueta que marca lo observado.

No olvidemos que en este complemento juega el más importante papel la vida de familia, uno de los puntos de investigación más importante, lo que AJURIAGUERRA denomina las variables del adulto, factores positivos y negativos y no solamente los segundos, que deben jugar de forma importante en la valoración de cada caso.

Está entre nosotros un hombre que conoce bien el psicoanálisis, puesto que vivió la Viena de los años 25 a 27, cuando ya habían sido los Congresos Psicoanalíticos de La Haya, de Munich y Berlín, y FREUD había recibido el Premio Goethe. Se psicoanalizó con HELEN DEUTCH y ha podido ver a lo largo de su maestría todo lo que ha ocurrido en un siglo que muy bien podríamos llamar freudiano; cómo de los primitivos escorzos médicos se desbordó el psicoanálisis para entrar en el campo de la historia o la cultura, como en el caso de JUNG, o en terrenos sociales que a veces poco tienen que ver con la esencia de la medicina, como en REICH o MARCUSE. Pero como ocurre en las teorías de LAING, o en todo el caso actual de la antipsiquiatría; su indudable acierto para movilizar y polemizar estratos muy alejados de la medicina ha estimulado y ha apasionado a la juventud estudiosa. Por eso se da la paradoja de que, sin apenas conocerlo, rechacen en psicología o psiquiatría aquello que se oponga a sus ideas.

Pero más que una catarsis del enfermo, sí es útil la catarsis del individuo que debe plantearse el papel que le toca realizar en la sociedad en que vive. Nosotros creemos que Psicoanálisis y FREUD son fundamentales en el mundo de hoy, no tanto por lo que médicamente representan, que es mucho, y no es todo, y existen teorías que no pasan de esto, algunas superadas, sino porque han llamado la atención, como lo hicieron MELANIA KLEIN, FREUD, ANA FREUD, ALEXANDER, etc., sobre los problemas del hombre, pero sobre todo por el mundo del niño y del joven. Y, sin pretender que todo el problema sea sexual, despertar la necesidad de una sexualidad no reprimida y relegada a algo feo y prohibido. Porque si existen discusiones sobre el papel del Psicoanálisis en la Psiquiatría e incluso en la Psicopatología, no es menos cierto que su dimensión en la Psicología es extraordinario.

El hallazgo del Ello, el Yo y el Super Yo, pero sobre todo el complejo Edipiano, sobre el que edificaron varias escuelas psicoanalistas, han venido a influir, a veces de forma indirecta, a analizar el carácter y la conducta de muchos niños y jóvenes que no habría tenido lugar de no existir estas teorías.

Y junto a éste, las terribles convulsiones de guerras no conocidas hasta ahora que han llegado a todos los puntos del planeta. Y niños y jóvenes que han tenido que afrontar hechos que les han marcado y han participado del odio y del miedo, con un sentido de vinculación roto de forma brusca, de manera revolucionaria. Es una revolución juvenil que llega a todas partes. Quizás sea un ejemplo lo ocurrido con el país más tradicional, Japón. Es una juventud que rechaza el feudalismo y rompe las rígidas tradiciones familiares. El famoso «Kokutai», o esencia nacional, ha perdido su fuerza y el Emperador deja de ser admirado. Y tarde o temprano surgen los movimientos juveniles y en el mundo el contagio se extiende rápidamente. Lo que antes era inadaptación en una personalidad anormal, ahora es inadaptación en personas básicamente normales. Y se es toxicómano por protesta, sin que inicialmente le haya conducido a ello más que

el asco o la náusea. Se consume alcohol mezclado con barbitúricos, porque una experiencia así supone una cierta liberación a la que paradójicamente quedará atado. Y se culpa a los padres o a la sociedad porque la autoculpa es un modo excepcional de resolver el problema. Pero es que si de algo debemos acusarnos es de que en su debido momento faltó a ese joven lo que sí le podíamos haber proporcionado, información y orientación en unos años en que ello era posible, completando las lecciones de historia o los problemas de matemáticas con análisis de su carácter, o información sobre su régimen y problemas familiares y siempre que sea posible antes de que aparezca en la consulta del psiquiatra o ante el Tribunal de Menores, antes de que su conducta constituya un delito y se haga irreparable, por lo profundo de su marca, el impacto del ambiente. Y esto sin dejar nunca de presuponer que no solamente lo ambiental juega en la inadaptación, pero que si lo hace favorablemente compensará a veces con creces lo que de endógeno y constitucional aporta al mundo el ser humano.

A los psicoanalistas les debemos las observaciones minuciosas sobre el carácter y la conducta infantil. Nos hemos referido a la obra de MELANIA KLEIN. Pero no nos debemos olvidar, siguiendo la línea de ANNA FREUD, de RENÉ A. SPITZ, profesor de Psiquiatría de la Universidad de Colorado. En un minucioso estudio sobre el primer año de la vida del niño, habla de la importancia de las primeras relaciones objetales para la sociedad. Parte del estudio de FREUD sobre la psicología de las masas. Todas las relaciones ulteriores del hombre, la relación amorosa, la hipnótica, la del hombre con el jefe, todas las interpersonales estarían en parte condicionados a la relación madre-hijo.

KARDINER, en su estudio sobre la tribu Alor, da un ejemplo. Se trata de una tribu en la cual la madre trabaja durante todo el día, abandonando a sus hijos, que tampoco son atendidos por el padre. El niño queda en manos de otros niños un poco mayores que él, pero la mayor parte de las veces cargados de animosidad y agresividad hacia el pequeño que constituye naturalmente una rémora. Es constante en los niños, y sobre todo en las niñas, una animosidad contra la situación y una queja sobre el abandono materno. El resultado es un régimen de vida con una total perturbación de las relaciones sociales, con una sexualidad execrable, pérdida de confianza en sí mismos y los demás; tímidos e inseguros, suelen hacer trampas y sobre todo es marcada la hostilidad de cada uno hacia los demás y el tema básico de su folklore es el odio a sus padres. SPITZ, que es el que transcribe el trabajo de KARDINER, afirma que tras la inmutabilidad de unas costumbres mantenidas durante siglos, nuestra sociedad occidental ha sufrido en los tres últimos dos importantes modificaciones en este sentido. El primero, teniendo como base la aparición del protestantismo y, el segundo, la rápida descomposición de las relaciones madre-hijo, mucho más marcada desde hace un siglo a consecuencia de la industrialización. En Vizcaya hemos vivido de forma importante este tipo de situaciones. Para nosotros, en gran parte de los casos, situaciones como ésta han estado condicionadas por las necesidades económicas desorbitadas para sus posibilidades, tales como la adquisición de la vivienda que obliga al trabajo a todos para aportar las cantidades necesarias para ir cubriendo los gastos mensuales. En regiones parcialmente des pobladas de la provincia de Burgos (y lo mencionamos dada su relación directa con Vizcaya), encontramos pueblos que habían quedado con una pequeña comunidad de ancianos y grupos de niños. La mayor parte en espera de que los padres y hermanos mayores lograran vivienda y estabilidad en Vizcaya (Baracaldo y Sestao eran los núcleos más frecuentes). Nos impresionó en uno de los pueblos el suicidio de un niño de 9 años que convivía con sus abuelos y separado de sus padres y hermanos. Si, como sostiene SPITZ, de aquí parte el problema de la delincuencia juvenil en la sociedad occidental y la futura serie de conflictos

neuróticos y alteraciones de conducta en adultos, la creación de las instituciones psiquiátricas para los niños no serán sino paliativos sino se remonta uno a la raíz de las causas, hecho ocurrido a veces cuando el niño no había cumplido aún un año.

Esta situación favorecería sobre todo el evitar la futura creación de grandes instituciones de tutela que el mundo va abandonando. Una forma de enfoque que se basaba, pese a negarlo, en que para la incurabilidad de muchas formas lo mejor era tenerlas alejadas de la sociedad. Así se llegó a la monstruosa concepción americana del hospital psiquiátrico que llegó a ser, en el caso de Nueva York, una concentración hospitalaria, en el condado rural de Suffolk, que albergaba 35.000 pacientes (LAURY, Universidad de Columbia, 1971).

En el caso de los niños y jóvenes inadaptados, centros sociales de higiene psíquica y orientación pedagógica serían en Vizcaya de la máxima utilidad. Incluso en el medio familiar de los niños psicóticos, de mucho más difícil evaluación por lo que a la importancia del medio se refiere. E. ABELIN cita los diversos hallazgos por parte de psiquiatras de valía, tales como KLAUS ERNST (1956), LIDZ (1958) y BENDER, sobre sorprendentes casos en las familias por lo que se refiere a las perturbaciones psicológicas del medio familiar en el que los niños se desenvuelven. Pese a la importancia que esto encierra, desconocemos estudios masivos en regiones de una cierta extensión, no ya en España, sino en el extranjero, aunque cada vez abundan más los trabajos experimentales sobre pequeños núcleos. Y aunque la intercomunicación en el terreno médico va siendo cada vez más perfecta (y en este sentido el papel como coordinador de la OMS se irá acrecentando), la necesidad de señalar las características específicas de cada región, o incluso nación, serán más evidentes. La situación de los niños y jóvenes de Viet-Nam, Corea, Jordania o Palestina será, desgraciadamente, un motivo de investigación por lo que se refiere a las influencias del medio y la constante del miedo y la ansiedad sobre el psiquismo infantil.

Es indudable que España, más tarde o temprano, tendrá que pasar a ocuparse de los problemas de la salud mental además de los de la enfermedad mental. Y, al igual que empieza a hacerlo con los centros sanitarios rurales, estarían situados en una línea similar los centros de información y educación del inadaptado infantil o juvenil. Partiendo de las normas universales de los derechos humanos, igualdad de acceso y calidad en los servicios de Sanidad de toda la población, como muy recientemente nos lo ha recordado el director general de la OMS, HALDFAN T. MAHLER, entre los aspectos urgentes a cumplir, bajo un unificado criterio, llámese Ministerio de Sanidad o no, figuran los de esta parte de la higiene mental.

Es imprescindible, en el estudio de la evolución del concepto de inadaptación en el niño y en el joven, el conocimiento de cómo se han delimitado legalmente tanto la responsabilidad y dependencia del menor como la forma de enfocar primero el castigo y más tarde, de forma lenta a través de los años, el concepto de rehabilitación y prevención del delito. Esto porque pretendemos aclarar que el terreno específico de la protección al menor que ha delinquido o se haya sometido a observación por parte de las autoridades de menores (Juntas de Protección de Menores y Tribunales de Menores), entran dentro de un marco legal al cual pertenecen y salen de nuestro concepto, más amplio y relacionado con una etapa anterior en la inadaptación.

En el libro IV, título IV, del Fuero Juzgo aparece la primera legislación sobre la Infancia y Juventud, y en la Ley Octava del Fuero Viejo de Castilla y el Fuero Real. Pero es en las Partidas de ALFONSO X donde comienza a establecerse límites de protección a los niños y jóvenes marcando los de exención, los diez años y medio, y de moderación de la pena hasta los catorce, citando



como una de sus causas «la mengua de entendimiento». Llama la atención de una parte, que aquí, como luego ocurre en todo el período que va desde los siglos XV al XVIII, la protección es muy escasa, los castigos son muy duros y, como dice CUELLO CALÓN, la legislación trataba de cortar los desmanes de las turbas de mozaibetes abandonados y delincuentes que tan bien describen nuestros clásicos, como el Lazarillo de Tormes, Rinconete y Cortadillo o el pícaro Guzmán de Alfarache.

Posteriormente, en las Ordenanzas Reales de Castilla la edad penal del niño se eleva a los 12 años, y en la novísima Recopilación de ENRIQUE II, en Toro en 1396, más tarde confirmada por JUAN I en Burgos y por JUAN II en Valladolid y Madrid en 1435. En Valencia, bajo los auspicios del Rey PEDRO IV, «el Ceremonioso» o «el del Punyalet», se crea en el siglo XIV (1337) un tribunal destinado exclusivamente a juzgar a los menores de edad. El Rey don MARTÍN, «el Humano», en 1407, da fuerza jurídica a este tipo de Tribunales. Y sucesivamente CARLOS V y FELIPE II continúan dándole cuerpo, hasta que en 1556 se funda la Congregación de Santa María Egipcíaca para mujeres arrepentidas, donde tendrían cabida mujeres y niñas de edad menor. La Gobernación del Reino (la Princesa JUANA) aprueba la Congregación que luego sería ratificada en 1573 por FELIPE II. Estos datos que han llegado a nuestros días se refieren a una sola Institución situada en el Reino de Valencia y luego el intento de nacionalizar está efectuado por el Rey CARLOS III, que en 1765 vino a desvirtuar toda la institución. No olvidemos que en las antiguas legislaciones (Fueros de Teruel de ALFONSO II o el de Calatayud de ALFONSO I «el Batallador») la patria potestad llegaba hasta poder dar muerte a los hijos. En Cataluña las disposiciones en los Fueros son análogas hasta el siglo XV, si bien en un bando pregonado en el año 1395 se señala ya la edad de 15 años como límite entre el joven y el adulto a efectos penales.

La gran obra de LUIS VIVES, *De Subventione Pauperum*, influyó como ninguna en la formación de los humanistas que le siguieron.

Uno de ellos, el doctor HERRERA, realizó una serie de publicaciones dirigidas al Rey don FELIPE (siglos XVI y XVII), que son modelos en cuanto a un intento de proteger a los menores delincuentes.

En el siglo XVIII aparece como Institución el Hospicio de Madrid, que tendría una serie de fases premonitorias desde CARLOS III.

## LOS TRIBUNALES TUTELARES

Como afirma el P. TOMÁS ROCA, Sevilla es la que ve nacer en el siglo XVIII el Tribunal Tutelar y escuela de Reforma, bajo la dirección de los Terciarios Capuchinos (P. TORIBIO DE VELASCO), o sea siglo y medio antes de la creación de la famosa «George Junior Republic», establecida en Freeville, en el condado de TOMPKINS (Estados Unidos), por M. GEORGE en el año 1887, y que es considerada por muchos como la primera institución creada para este fin.

Había sido la Obra de TORIBIO DE VELASCO formalizada ante las autoridades civiles y eclesiásticas y su finalidad exacta era de prevenir y educar a muchachos inadaptados para evitar la delincuencia juvenil. Se trata, pues, de un sistema profiláctico y no penal. A nuestro juicio quizás la tarea científica de Fray TORIBIO más a tener en cuenta es que comenzó a hacer un archivo de los menores acogidos en el que se consignaban una serie de datos de los mismos y de su entronque social.

Todo el siglo XIX está lleno de intentos legislativos para proteger a los jóvenes y a finales del mismo (1878) aparece la edad de 16 años como límite. El año del nuevo siglo (1900) conocería la creación de una regulación del trabajo en

menores y mujeres. A finales de siglo, aún de forma aislada, aparecen centros educadores (como el de Toribio Durán, en Barcelona, o Santa Rita, en Madrid). Cifemos la creación en 1910, en Valladolid, de una casa o centro de Reeducción de Menores.

Durante el reinado de ALFONSO XIII se creó, bajo la influencia intelectual de TOLOSA LATOUR, una ley de protección a los menores de 10 años. Fue un médico que había sido huérfano y que había vivido de niño las dificultades de una adaptación al medio que él supo superar. La ley fue revitalizada por don ANTONIO MAURA en 1907.

No obstante, menores de 18 años abundaban en las prisiones mezclados con los adultos con cifras que rondaban los 9.000 en el año 1904.

En 1909 hubo en Valencia una reunión o congreso penitenciario donde destacó la actuación de un terciario capuchino, el P. DOMINGO DE ALBORAYA, y de donde saldría más tarde su amistad con el político.

Fuera de España es en los Estados Unidos de Norteamérica donde el último año del pasado siglo se crea en Chicago el primer Tribunal de Menores y una legislación de protección al menor. En Europa es Alemania (1907), si bien no se llegó a una unificación hasta 1923, y seguidamente Inglaterra (1908), Portugal (1911), Bélgica, Francia, Hungría, etc.

Y a pesar de lo que hasta ahora relatado, tuvo que ser en 1912 cuando MONTERO RÍOS marchara a Bélgica para estudiar la organización de los Tribunales y la protección a la infancia. Dicha Ley fue presentada en 1918. A partir de entonces comenzaría una marcha, tortuosa en un principio y regular más tarde, en la que no podemos entrar, ya que se aparta de nuestro tema.

#### EL PAPEL DE VIZCAYA EN LA OBRA DE REEDUCACION DE MENORES

Fue sin duda la figura de don GABRIEL MARÍA DE YBARRA, nacido en 1877, que estudió en Deusto y ejerció en Bilbao como secretario de la Cámara de Comercio, fundador de *El Pueblo Vasco*, diputado a Cortes, que pronto abandonaría, para dedicarse por entero a la obra de protección al menor que iniciaría visitando a los reclusos en la cárcel de Larrínaga. Formó parte de la Junta de Cultura Vizcaína, de la Junta del Patronato de Sordomudos y Ciegos de Vizcaya, del Sanatorio Marino de Górliz. Su larga amistad con MONTERO RÍOS y más tarde sus contactos con el doctor FOLCH, en Barcelona, con quien haría diversos viajes al extranjero, fueron un buen complemento, y fue sobre todo su estrecha unión con los Padres Terciarios Capuchinos, educadores especializados en la juventud difícil y delincuente, la que aportaría mejores frutos. Y a pesar de la siempre humilde postura de don GABRIEL, pronto se vio elevado al cargo de vicepresidente de la Asociación Internacional de Jueces de Niños, radicada en Bruselas. Fue el motor que puso en marcha una obra hasta entonces inexistente y su tenacidad y capacidad de trabajo lograron algo que parecía imposible en nuestra patria, cuando en 1920 comenzó a actuar el Tribunal para niños.

Pero hay algo muy importante para nosotros y es el espíritu que, además de cristiano ejemplar y férreamente tenaz, inspira su obra. Nos referimos a su espíritu universitario. Estudia científicamente sus posibilidades, elabora su proyecto tras numerosas meditaciones y consulta con sus profesores, particularmente con el P. FAUSTINO PEREDA, profesor de Derecho Penal, que le alienta y alecciona. Así lo reconoce en su trabajo su hijo y continuador actual de la Obra de su padre, el excelentísimo señor don JAVIER DE YBARRA, un día presidente de esta Excelentísima Diputación de Vizcaya, y que en obra no muy conocida

en su exacta dimensión por muchos vizcaínos ha dedicado gran parte de su vida a la protección de la juventud inadaptada.

Por eso pudo nacer, y paradójicamente no en Vizcaya sino en un enclave alavés en la provincia, Amurrio, la Casa Reformatorio del Salvador. Un colaborador de los primeros tiempos fue otro médico vizcaíno no hace muchos años fallecido, el doctor ALBERCA. Naturalmente los Padres Terciarios Capuchinos se encargaron de su dirección. El P. AMIGÓ, fundador de la Orden, nunca regateó esfuerzos para ayudar a los jóvenes inadaptados. Todavía en plena brecha, en Bilbao se mueve la menuda y rápida figura del P. PÉREZ DE ALBA, psicólogo experimentado, hombre joven de corazón y uno de los primeros colaboradores de don GABRIEL.

El primer tribunal se fundó en Bilbao, siendo presidente don GABRIEL MARÍA DE IBARRA; vicepresidente, don JUAN ORTIZ DE ARTIÑANO, y vocales, don ENRIQUE LÓPEZ DE LA ALBERCA y don ISIDORO PALACIO. Don JULIO LAGUNA y don CALIXTO DÍEZ, eran suplentes.

Una labor titánica llevada casi exclusivamente por don GABRIEL, sobre todo tras la muerte en París de don AVELINO MONTERO RÍOS, hizo que, como mancha de aceite, se extendiera por toda España la labor de protección. Se fueron multiplicando las instituciones y tribunales. En 1929 culminó la reforma, que sufrió un paréntesis en 1931 tras el advenimiento de la República, si bien posteriormente adquiere Amurrio una nueva dimensión: la de Centro de Educadores y Centro también de exploraciones psicológicas.

Aquí también aparece algo que con el tiempo dará un nuevo giro a la formación de los educadores. La creación de unos cursos anuales para la formación del personal de Tribunales y Juntas de Protección y de educadores en general. Son cursos entre los cuales la formación psicológica y la psicopatología ocupan un primer lugar. En Amurrio existe un buen plantel de psicólogos: el malogrado P. CABANES, que creó un método de exploración psicológica; el P. RAMOS, toda vocación, bondad y simpatía, que más tarde sería General de la Orden, y el P. MODESTO MARTÍNEZ.

Comienza una nueva etapa que no se vería interrumpida por la muerte de don GABRIEL MARÍA DE YBARRA en 1951. Es su hijo JAVIER quien dedica todos sus afanes a la Obra, siguiendo los pasos de su padre. Y en todos los cargos que ha ostentado dentro del Consejo y al frente del Tribunal Tutelar de Menores de Bilbao ha demostrado cuán hondo se grabó en él el espíritu gigantesco de su padre.

Ya desde 1931 nuestro padre y maestro continuó la tarea psiquiátrica iniciada en los albores de la fundación. En estrecho contacto con los Padres Capuchinos y colaborando regularmente en los cursos de formación, tras el paréntesis obligado de la Guerra Civil Española, emitió cientos de informes. Con él acudimos a Amurrio siendo estudiante de Medicina y más tarde ya médico. Juntos trabajamos por llevar a cabo una tarea de investigación psiquiátrica en torno a los factores influyentes en la delincuencia juvenil. Nuestro padre publicaba regularmente en la revista *Surgam* un pequeño tratado de psicopatología infantil del que más tarde aportaría los «tests» psiquiátricos de una publicación del centro de Amurrio. El gran material humano, unido al procedente de otros centros de Bilbao y Vizcaya y de los departamentos de psiquiatría infantil y juvenil de algunos establecimientos psiquiátricos, principalmente del de Santa Agueda, cuya dirección ejercía mi padre, es los que nos llevaron a elaborar nuestra Tesis Doctoral que defendimos en la Universidad de Madrid sobre «Los factores influyentes de la delincuencia juvenil». Seguimos trabajando juntos, y más tarde, en el Congreso de Neuropsiquiatría de Valladolid, en 1957, colaboramos en la ponencia que nuestro padre presentó. Queremos resaltar que en dicho Congreso

otra parte de la ponencia la había presentado el doctor LUIS FOLCH CAMARASA, un apellido tan repetido en este trabajo. Su padre fue el entrañable amigo de don GABRIEL y él dedica también una gran parte de su actividad al menor.

Algunas de aquellas primeras experiencias sobre un millar de menores nos llevaron a una serie de afirmaciones sobre las que hemos meditado y que honradamente creemos que merecen, al menos algunas de ellas, rectificaciones.

Así el papel de los factores genéticos, importante en los círculos psicóticos, quizás no lo sea tanto en otros casos, aun contando con casos psicóticos y psicopáticos en el árbol familiar. Un tercio de los casos estudiados tenían posibilidades genotípicas. Quizás la principal conclusión de nuestra Tesis Doctoral era la de que en los casos de existencia de un fondo hereditario son los factores ambientales más propiciatorios para el desencadenamiento de anomalías de carácter y conducta por ser también más fácilmente modificables éstos mediante la correspondiente psicoterapia.

La falta de calor familiar, la orfandad sobre todo paterna, llegaba a ser factor importante en un 37 % de los casos. Tuvimos ocasión de estudiar a lo largo de estos años casos de niños ya jóvenes que habían sufrido desplazamiento al ser evacuados durante la Guerra Civil Española. Grupos particularmente grandes en Vizcaya con desplazamientos a Francia, Inglaterra y Bélgica, principalmente. Más tarde, en grupos escolares en una investigación llevada a cabo por la Dirección General de Sanidad, encontramos un cada vez más grande número de menores inmigrantes, procedentes de Galicia y Andalucía. Durante dos años lo hicimos concretamente en la zona de La Peña, en los pobladillos de Ollargan y de Irusta, donde además de agrupamientos de origen gitano, aparecían núcleos de pueblos casi completos de las regiones citadas, y otros extremeños portadores de sus costumbres en régimen tribal una vez consolidados en una época de fácil empleo. Familias bastante numerosas con difícil escolarización. Fue para nosotros una experiencia extraordinaria seguir día a día la marcha de aquellas familias en las cuales el afán de sobrevivir al principio y más tarde el de superación, hizo que el número de ellos que ascendieron en lo social y económico fuera muy alto. La consolidación de sus posiciones al mejor régimen de vida y la progresiva adaptación también. Conocemos y tratamos aún a muchos de los niños que vimos en La Peña, ya que hoy son hombres y mujeres al frente de una familia plenamente adaptados a una distinta forma de vivir. Los que más dolorosamente vivían la separación eran los procedentes de Galicia. Quizás también influyera en ellos que eran los más reacios a romper los lazos de origen. Quedaban los padres en la tierra y un viaje anual se imponía. También, más tarde, revisamos bastantes casos de niños cuyos padres, a veces los dos, pero más frecuentemente el padre, era emigrante de varios años en el extranjero. Como ocurre con los hijos de los marinos, caso algo distinto por la frecuente venida, corta, del padre, los conflictos madre e hijo y los problemas de adaptación en la escuela e incluso más tarde en el trabajo son a veces muy interesantes.

A lo largo de nuestras observaciones hallamos, ya en los primeros años, un número mucho mayor de epilepsias que la media aceptada, cosa que corroboramos más tarde en la Seguridad Social y en el Servicio Hospitalario.

Teníamos especial interés por lo que se refiere al estudio de las anomalías sexuales. Los problemas límites y sobre todo la existencia de homosexualidades es patente. Los problemas sexuales del niño no podemos exponerlos en este rápido esbozo, pero forman, dada su importancia vital, uno de los capítulos más importantes de la vida juvenil. Pretender desconocer esta faceta y la necesidad de una educación sexual a nivel escolar, es traumatizar y dañar moralmente, aunque se pretenda lo contrario, al niño y al joven.

Las investigaciones psicométricas mostraban un tanto elevado de formas de límite inferior, casi siempre en terreno de la torpeza mental, y las proyectivas anomalías caractereológicas enmarcables dentro de las psicopatías en un 19,37 %.

En nuestra tesis manteníamos lo que hoy exponemos: que los caracteres de los jóvenes delincuentes preceden a veces con mucho a los hechos delictivos y a la formación de bandas, lo que no hace sencillo hablar de simples factores de contagio y que, por otra parte, una actitud dinámica de investigación en estos periodos no puede ser exclusivamente psiquiátrica, sino también sociológica y psicológica, pero lo más destacable de aquellas conclusiones era la gran necesidad del trabajo en equipo. En efecto, si repasamos las miles de publicaciones sobre el tema y elegimos las de solvencia, en sus respectivas funciones, nos encontramos con los más diversos, y a veces disparatados, resultados por lo que a la causa de la inadaptación y de la delincuencia juvenil se refiere. Desde cifras de un 100 % de sujetos absolutamente normales hasta del 80 % de personalidades psicopáticas, o simplemente profundamente anormales, hasta quien afirma que es el cine el casi exclusivo responsable de la anomalía de conducta, o los amigos de la banda juvenil, o la madre divorciada, o tal vez el padre alcohólico. Y no digamos nada de quien ha tratado de construir todo el edificio de la delincuencia e inadaptación escolar a través del simple análisis de un par de jóvenes delincuentes o inadaptados para, a partir de aquí, generalizar y dogmatizar.

Nuestro tema se refiere a la inadaptación juvenil e infantil como base de futuros trastornos de la conducta que pueden, en algunos casos, desembocar en la delincuencia juvenil, lo que supone una grave situación para el niño o el joven y una responsabilidad para los adultos que no han sabido evitar el que llegase hasta aquí esta situación. Tratar de reparar y dar marcha atrás, será siempre más difícil, más costoso y, en último término, más decepcionante para la sociedad que en muchos casos adopta una cierta e ineludible agresividad que podría haber sido con anterioridad una manera de comprender y ayudar.

¿Qué entendemos por inadaptación? Siguiendo a TRAMER, a LAFFON, HEUYER y LAGACHE, nos referimos siempre a un niño que presenta problemas psicológicos frente al ambiente que le rodea sin lograr superarlos, bien por la fuerza del ambiente en sí, bien por la existencia de anomalías congénitas o adquiridas en la persona del niño.

Quedarían entonces fuera de esta noción, aunque se pueda hablar de otro tipo de inadaptación del medio: 1.º Los niños o jóvenes enfermos psíquicamente. 2.º Los trastornos psicofísicos que determinan un déficit intelectual acusado como ocurre con las formas de oligofrenia. Es muy difícil establecer los límites que no pueden ser rígidos, pero que nos parece deberían estar en la denominada torpeza mental con un cociente intelectual extremo de 0,80. Esto es bueno para delimitar los campos, el más restringido y necesitado de auténtica terapéutica y protección, los denominados subnormales, y el que precisa una labor de profilaxis e investigación, la inadaptación. A la inadaptación es preciso buscarla en sus inicios desde varios enfoques, no solamente desde el psiquiátrico, sino desde el médico, el social, etc. Como dice HEUYER, «la inadaptación infantil y juvenil constituye el problema médico-social número uno que tiene planteada la sociedad». Aparte de que es de sentido común, es donde debemos esforzarnos para prevenir la inadaptación y los trastornos de la conducta del adulto, base de gran parte de la conflictividad humana.

La base de toda obra positiva lleva en sí la creación de centros de identificación de estudio y de profilaxis y, parejamente, de grupos terapéuticos psicoterápicos o de higiene, simple o compleja. Nosotros no conocemos centros orientados en este sentido a nivel de ciudad, provincia o región. Ni siquiera los teóricamente dirigidos en esta dirección en el extranjero. Quedan limitados al estudio

de la subnormalidad, a la práctica de «tests» o evaluaciones, o a pasar consultas a niños. O también a centros tutelares, o dependientes de tribunales, cuya misión es específicamente distinta.

Pero si intentando el estudio de la inadaptación desde el ángulo de una menor edad con el complemento de todas las circunstancias ambientales del niño, de seis a nueve años, sería una edad ideal, nos encontraríamos con claras diferencias. Es algo que otros han estudiado: D. A. PEMBERTON y D. R. BENADY, en Gran Bretaña, cuyo centro de estudio eran los padres que adoptaban actitudes de rechazo o de sobreprotección hacia sus hijos de donde surgían también actitudes de una conducta agresiva por parte del niño, una no superación de las frustraciones que podría desembocar en la delincuencia. Desde la obra de LANGE, *El crimen como destino*, tras estudios realizados en delincuentes mellizos univitelinos, se ha pasado al estudio de las conductas infantiles en mellizos tanto monozigóticos como dizigóticos, tal como lo hiciera WERNER en Hawái. Pero es también que investigaciones a alto nivel y con medios extraordinarios, pueden a veces ser sustituidas por otras sencillas. La simple observación de las manifestaciones urinarias de la ansiedad infantil, les sirvieron a GALDSTONE y PERLMUTTER para hacer un acabado estudio psicológico y psicoanalítico de la libido infantil.

En otras ocasiones son los estudios sociológicos los que deben preceder a una exclusiva exploración psiquiátrica o incluso psicológica. NYLANDER y RYDELIUS relatan cómo al estudiar en Suecia el caso de reincidencias en la embriaguez, en muchachos que antes de los 18 años habían tenido alguna, que no eran calificados como asociales, se encontraron que el número de reincidencias estaba en relación muy acusada con las conductas de sus padres. Pero también en el caso de que no sea puramente exógeno el defecto de los progenitores. J. K. WING, en un reciente estudio sobre la psiquiatría soviética, se extraña de las investigaciones del profesor SNEZHNEVSKY sobre las subformas de esquizofrenia (en parte con una notable coincidencia con escuelas norteamericanas e incluso con criterios de la OMS), llegando a afirmar que existen de 5 a 7 casos por cada mil habitantes con estas subformas que hacen vida normal y llegan a formar familias con hijos a su vez con tendencias psicóticas. También en un estudio efectuado en la Universidad de California sobre el efecto que la conducta asocial que el niño ejerce sobre los padres y la ulterior reacción de éstos (STEVENS-LONG) hablan de la necesidad, más que del estudio del niño, de una información completa sobre los padres. Así, en el St. Louis Children Hospital, WEINBERG TUTMAN y SULLIVAN, encuentran en padres afectos de depresión, hijos con depresiones y trastornos de conducta entre los 6 y 12 años (lo cual no había sido admitido hasta ahora por parte de numerosas escuelas de psiquiatría). También en la conducta sexual de los niños de 6 a 12 años, sobre todo en el problema de la homosexualidad y otras desviaciones del instinto, donde BENTLER y THOMPSON, del Departamento de Psicología de la Universidad de California, aparecieron unas relaciones y hallazgos totalmente dispares entre lo que los investigadores hacían y las madres por su parte observaban, punto de partida interesante y necesariamente precisado de estudio. Tan sólo la conducta un tanto femenina del niño homosexual era motivo de acuerdo.

Entre los enfermos afectos de psicosis esquizofrénicas de 16, 17 y 18 años, que parecían brotes recientes (AAEKROG, del Departamento de Psiquiatría para adolescentes de Copenhague), hallaron que un estudio retrospectivo demostró que a las edades de 7, 8 y 9 años ya padecían trastornos que podían compararse como psicosis límites y que fueron confundidos en su día con conductas psicopáticas e incluso con oligofrenias a causa de los fracasos escolares, hasta que una correcta psicometría demostró que su C. I. era normal.

Como veis, de intento, mezclo motivaciones en las que juega la herencia, lo congénito y lo ambiental, las relaciones padres-hijos, la escuela, los instintos. Es decir, que no podemos dirigir la investigación en un solo sentido si no queremos que indefectiblemente nos conduzca al fracaso. Porque, además, incluso cuando tratamos de solucionar el problema a veces lo complicamos. Todos conocéis el síndrome llamado de hospitalismo que, aún hoy, asola a tantos grandes establecimientos psiquiátricos. Pues bien, en las grandes instituciones tutoriales, S. N. WOLKIND recuerda lo que ya en 1940 describiera LOWREY sobre la Psicopatía por carencia afectiva, o más simplemente «niño de institución», donde los niños ingresados prematuramente, los que no reciben las visitas familiares, los que no están en contacto con otros niños, etc., presentan unas características sobre anomalías de conducta que hacen temer, por parte de los que estudian estos casos, esas moles de piedra y cemento, donde se almacenan indiscriminadamente a cientos de niños separados del mundo por aquellas vallas que antes cercaban a los manicomios y que, a su vez, remedaban las cadenas que PINEL mandó quitar a los dementes tratados como criminales y dieron el minuto del nacimiento de la moderna psiquiatría.

Nosotros contamos en Vizcaya con un magnífico campo de prueba sobre el efecto de la separación familiar en un núcleo de 50 niñas, ampliamente repetido a lo largo de casi 20 años. En él podemos establecer grupos que tienen un contacto con sus padres, quien tan sólo lo hace esporádicamente con uno de los dos, las que a través de una correspondencia casi siempre muy escasa, tienen noticias de su familia y las que han perdido toda conexión con ella. Y como, a la expectación por una carta, se une el contemplar la llegada de familiares y amigos de otra compañera. Hemos visto reiteradamente variar la conducta de una niña tras una carta no contestada y cuadros que efectivamente tienen mucho de depresiones reactivas ante situaciones límites de abandono de la familia. Y la brutal impresión de enterarse de la desaparición del padre o la madre, o de que en una visita a su casa, hay uno o dos hermanitos más cuyo padre no es el mismo.

De aquí que nuestra primera petición al tratar de reorganizar las funciones del centro, fue la de conseguir, como obtuvimos, dos asistentes sociales, que con un magnífico espíritu, nos han demostrado la gran importancia de su función.

W. A. SCHONFELD, el fundador de la Sociedad Americana de Psiquiatría de la Adolescencia (no hace mucho falleció) y profesor que fue de la Universidad de Columbia, afirmaba que la adolescencia era un verdadero desafío para los psiquiatras, porque a los problemas biológicos y psicológicos, propios de la edad, se une el social. La entrada tumultuosa de las pulsiones sexuales y de la agresividad, dan un color especial a este período. La necesidad de una clasificación más dinámica y sobre todo la formación más especializada en torno a este gigantesco problema serían los principales objetivos a cumplir. A nuestro juicio, en España el papel del psicólogo aún no ha sido valorado en este importante terreno. El psiquiatra debería, para trabajar en esta faceta de la especialidad, hacer a su vez una preparación especial, porque ni él, que trata adultos, ni el psidopsiquiatra cuentan normalmente con la debida preparación.

En un trabajo muy importante de A. S. HENDERSON, J. KRUPINSKI y A. STOLLER, efectuado en Australia (Universidad de Tasmania y el Mental Health Research Institute de Victoria), analizan toda una serie de datos universales en los que se comprueba el progresivo aumento de los que pudiéramos llamar factores exógenos que favorecen la inadaptación.

Un punto muy importante son la facilidad de manejo de vehículos de motor, propios o apropiados, y la facilidad de sorprender la buena fe de establecimientos de «self-service». El contagio colectivo de grandes masas de jóvenes de igual edad

también tiene importancia. Todo ello va llegando rápidamente a todos los lugares del planeta.

Es un hecho curioso el análisis que sobre la inadaptación en los jóvenes contestatarios hace OTTO KILNEBERG en torno a los estudiantes que entraron en conflicto en los medios estudiantiles, principalmente universitarios y también de institutos de Segunda Enseñanza.

Y es curioso porque relata lo ocurrido en Francia, en Polonia, Checoslovaquia, Portugal, donde los motivos son políticos, afán de libertad, necesidad de participación, de falta de medios, etc. Pero es que en Asia, esgrimiendo otros motivos como los religiosos, o los lingüísticos, como ocurre en Bélgica o Canadá, o los racistas de Africa del Sur, queda un afán de los jóvenes por entrar en una sociedad que en parte les está vedada y en la que el paso del joven adulto no está bien definido.

Como muy bien afirma MADE, la clásica nosografía psiquiátrica, es la que seguimos casi todos, cuando diagnosticamos los casos en los que juegan los trastornos del carácter o de la conducta juvenil. Pero, en realidad, debería ser otra la mecánica a emplear, ya que el simple encuadramiento psiquiátrico no aclarará el problema básico con vistas a la fundamental tarea psicoterápica y de liberación que debe presidir nuestra actuación. Y que, además, tan sólo es tarea en parte del psiquiatra que, quizás, a lo que ha estado llamado es a dar la voz de alarma. Y es curioso que cuando preparo este modesto trabajo leo en la prensa médica que en otro lado de España, en Cataluña y Baleares como centro médico, entre otros ilustres doctores, FOLCH CAMARASA habla de un intento similar al nuestro, con pequeñas variantes, quizás más clínico frente a nuestro intento más sociológico. Para nosotros el actuar en sus raíces debe retrotraerse no a los dos o tres años anteriores a la conducta delictiva de los jóvenes inadaptados, sino a la de estar al tanto de las alteraciones caractereológicas o anomalías que valoradas puedan ser tenidas en cuenta a la hora de ejercer una profilaxis adecuada. Quizás el más importante triunfo de la teoría freudiana fueron los logros obtenidos en la terapéutica y estudio etiológico de la infancia de la mano de FREUD, de su hija ANA y de una pléyade de hombres y mujeres de la que queremos destacar tan sólo un nombre: el de MELANIA KLEIN. Y el éxito del psicoanálisis reside también, a nuestro entender, que dirigió para el estudio de la libido infantil una mirada hacia atrás, desde que el niño coge en sus labios el pezón del pecho materno. J. F. MATERSON afirma que entre año y medio y tres años es cuando se estructuran algunos de los problemas de las relaciones madre-hijo, que más tarde tendrán tanta importancia en la conducta juvenil.

Estamos en el año internacional de la mujer, y es el tema de la inadaptación infantil un buen motivo para puntualizar sobre el papel que la mujer debe jugar en él. El papel de la madre supónese siempre el más fundamental, sobre todo si se tiene en cuenta que en la profilaxis y rehabilitación del inadaptado su actuación puede fijarse desde el momento en que queda embarazada.

Desde el simple contacto físico con el recién nacido hasta el mudo diálogo de la mirada, los primeros contactos, todo en fin, será enseñanza muchas veces intuitiva, ciertamente intuitiva, otras perfectamente adecuada a un patrón científico al que cada vez será más accesible. A ello le pueden conducir otros muchos hombres y mujeres. Hemos hablado del psiquiatra bilbaíno doctor AJURIAGUEERRA, autoridad internacional, y queremos elegir una mujer que, a nuestro modo de ver, tiene méritos destacados y cualidades únicas. Nos hemos referido a MELANIA KLEIN, una mujer que quiso y logró ser médico, ascendiendo desde muy abajo hasta conseguirlo. Que en su vocación habían influido las enfermedades, sobre todo la de su hermana y la muerte de su hijo. Que siendo ella enferma conoce la obra de FREUD y se trata con FERENCZI. Aquí nace su



afición psicoanalista y su ánimo de dedicar su vida al análisis infantil. «Le développement d'un enfant» es el inicio en Budapest de un largo periplo que la llevaría más tarde a Berlín con KARL ABRAHMS. Y se rompería su matrimonio, moriría su hijo, se enfrentaría con ANA FREUD, la hija de SIGMUND, pero seguiría adelante pasando por amarguras y desdenes para morir a los setenta y cuatro años totalmente dedicada al análisis del niño, sobre todo en lo que al juego como expresión del inconsciente infantil, el complejo edípico del niño y el fantasma médico que explicaría alguna de las conductas antisociales por deficiencia del super yo frente a una expansión incontrolada de las pulsiones agresivas y sexuales. Pero en la concepción de MELANIA KLEIN esto no es la excepción del criminal, es la regla del niño normal que pasa muchas veces por situaciones donde juegan sus fantasmas que apuntan no solamente a sus padres y a sus hermanos.

Son estos momentos en los que un «edipo invertido» podría determinar una conducta homosexual y la falta de compensación de la agresividad por parte del niño, y se aparta de sus padres: queda víctima de la culpabilidad.

De aquí que MELANIA KLEIN viera en esto el fundamento lejano pero real de la conducta antisocial. La relación con el padre y la madre determina en efecto todas las relaciones ulteriores. El que este mundo infantil sea tan decisivo, y al mismo tiempo tan accesible, es lo que nos hace ver la fundamental tarea profiláctica que ello representa y el que no podamos ignorarla.

Queremos destacar sobre todo un hecho: si está al lado de la escuela científica, que sea organicista, conductista, psicoanalítica, etc.; en el fondo lo que vale es la tarea y lo que a veces separa una de otras son meras palabras. A nosotros lo que más nos impresionó de la obra de FREUD es que tranquilamente afirmara que su teoría y otras dejarían de serlo cuando se llegase a descubrir la base orgánica de las anomalías psíquicas.

Queremos terminar este pequeño análisis sobre la necesidad de no psiquiatrizar demasiado el problema de la inadaptación y si psicológicamente lo suficiente. No cesaremos de resaltar el papel del psicólogo. La familia normal, sus diferencias, la constitución, la dieta, etc., tienen que ser motivo de estudio al margen de lo patológico. Si leemos con deleite el libro de ANNE ANASTASI, aclararemos muchas dudas que antes teníamos.

Toda la investigación infantil de la primera niñez, los «tests» de capacidad y hasta cierto punto muchos de los proyectivos son tarea psicológica y tarea fundamental. Sobre todo si, como luego aclararemos, se hace formando parte del equipo que siempre debe formarse si se quiere hacer una tarea realmente eficaz.

#### EL CENTRO DE NIÑAS INADAPTADAS EN SANTURCE

En el año 1958 nos concedió el Ministerio de Justicia la excedencia como médicos forenses en activo para trasladarnos a fin de organizar, junto con nuestro padre, el recientemente creado centro para niñas inadaptadas sito en Santurce (Vizcaya) a cargo de las Madres del Amor Misericordioso. Dependía y depende dicho centro del Consejo Superior de Protección de Menores (Ministerio de Justicia) y alberga en régimen de internado un número aproximado de 50 niñas de gran parte de las provincias españolas, cuya característica principal sería la inadaptación juvenil, o infantil, ya que las edades de las acogidas van desde la niñez, 6 a 8 años, hasta el límite juvenil, 17-18.

En los primeros años efectuamos una labor puramente médica, psiquiátrica, y hasta que llegó la honorífica jubilación de nuestro padre y maestro, permanecemos como ayudantes suyos, efectuando las labores propias de una observación psicológica y psiquiátrica. Después pasamos a dirigirlo; es decir, 17 años

en los que hemos ido acumulando una serie de experiencias personales que son las que me permito ofrecer aquí. Desde nuestro acceso a la dirección médica, nos impusimos una serie de finalidades, la primera de las cuales era dar cuenta de los resultados del año natural en informe dirigido al ilustrísimo señor presidente del Consejo, a los Tribunales Tutelares y de Protección de Vizcaya y los principales Centros que enviaban sus acogidas.

Otra era la de informar cada vez que una niña salía de alta, o era reclamada por sus familiares al Consejo y al Organismo que la envió del diagnóstico clínico, de los informes recibidos o acumulados en el Centro y de nuestra opinión sobre las medidas que resultarían eficaces para la buena adaptación de la menor. Si existía algún peligro, a nuestro juicio, lo resaltábamos recomendando a observación médica o social de la menor.

Pensamos que, como centro piloto, nuestra tarea debería ser la de investigación y, pese a nuestros escasos medios, logramos obtener unos suplementos económicos para hacer un equipo integrado por un psicólogo que tendría a su cargo la observación psicológica, «tests» psicométricos y proyectivos y unas charlas psicoterapéuticas de grupo útiles en el medio.

Dos asistentes sociales que se moverían en dos planos distintos, uno el provincial, de donde procede un buen número de niñas. Otro más extenso, que a veces ha obligado al traslado de provincias alejadas para obtener datos y a veces tratar de averiguar los verdaderos apellidos de la niña. Nos hemos visto obligados a inscribir en los registros civil y religioso a varias pequeñas que carecían de este requisito. El papel de las asistentes sociales se va consolidando y específicamente llenan una misión que no pueden cumplir otra clase de personas. Un psicopedagogo se ocupa de las funciones de reeducación de la palabra, escritura, las diortografías, adquisiciones de lenguaje y toda clase de atenciones terapéuticas.

Tres profesoras de E. G. B. hacen una labor de distribución de niñas, según su grado y capacidad.

A ello se une una profesora de gimnasia, otra de música, un capellán que las atiende religiosamente y un médico internista. Y la labor callada y constante del equipo de las Madres del Amor Misericordioso, que comparten muchas de las anteriores tareas en la enseñanza como en la investigación psicológica.

En el último informe elevado al Consejo quisimos que participasen cada uno de los integrantes del grupo, para exponer sus opiniones sobre la marcha y posibilidades del mismo. Resumiré las experiencias sumariamente.

Las experiencias negativas nos han sido tan útiles como las positivas. De ellas destacaremos: 1.º La diversidad de edades dentro de un grupo relativamente pequeño, no permite una labor eficaz en lo educacional. Son aconsejables grupos homogéneos. En segundo lugar, es de desear que el ingreso de la menor inadaptada lo sea a temprana edad, ya que como hemos venido observando es muy anterior la detección de las inadaptaciones que la aparición de los conflictos y trastornos de la conducta. El tercer punto es, a nuestro juicio, muy importante: la capacidad intelectual de las niñas debe encontrarse en límites normales (quizás con una ligera concesión hacia la torpeza mental, pero sin sobrepasar un índice inferior al 0,85 % de C. I.). La integración en los grupos de formas diversas de oligofrenia altera la labor educacional y terapéutica. 4.º La falta de información familiar, del medio ambiente, de los antecedentes de la niña que hemos completado como hemos podido con la ayuda de las asistentes sociales. Ello demuestra que el Centro debería nutrirse de niñas y jóvenes no muy alejados territorialmente del mismo, para que los desplazamientos fueran realizables. 5.º Tratamos de integrar o devolver periódicamente a la menor a su familia, a veces venciendo la resistencia de ésta, en las vacaciones de Navi-

dad, Semana Santa, verano. No obstante, en el verano, para todas aquellas que no pueden hacerlo se desplazan con un grupo de religiosas a un campamento en Navarra, otras veces en Castilla, donde hacen vida al aire libre, toman el sol, se bañan en el río, etc. Aspiramos a lograr un taller de formación profesional dentro de la Institución a la vista de la experiencia del año actual con un pequeño grupo enviado al Centro de Formación Profesional de Baracaldo, cuyos resultados hasta el momento son poco alentadores. Y un gabinete psicológico adecuado.

Un total de 250 niñas han pasado en estos años; algunas han permanecido más de 10 años en la Institución. Algunas se reintegraron a sus hogares, otras contrajeron matrimonio, otras trabajan. Hubo traslados a la Obra Española Nuevo Futuro, una forma de enfocar este problema hecha en España, que sigue las directrices que apuntábamos.

Hemos logrado el ingreso en centros de trabajo de muchachas que abandonaron ya la Institución. Se han integrado diversos grupos psicoterápicos y se hace psicoterapia de grupo.

Estas dificultades las percibe el psicopedagogo, ya que a menor C. I. mayor dificultad de reeducación. Y las profesoras de E. G. B., que han tenido que formar un grupo «de materias instrumentales para las menos dotadas». Los profesores expresan la dificultad que suponen las formas de oligofrenias o las enfermedades psíquicas, en los raros casos de esquizofrenias juveniles y epilepsias que han pasado por el centro.

Lo realmente cierto es que los que formamos el equipo nos hemos ido adaptando poco a poco a esta tarea. Y que pensamos que una reunión de todos los que estamos en la misma línea y una unificación bajo un programa único, permitirían mejorar todos los niveles de atención y educación. Todo ello llevaría a un engranaje que lograría situar en su punto a cada niño o niña, la mayor parte de las veces sin abandonar su hogar y, en otros casos, con cursillos de adaptación o, por último, con ingreso y educación especial en cada grupo a que corresponde.

Nunca como aquí comprobamos, en lo que se refiere al componente exógeno de la inadaptación, las aseveraciones del catedrático de psicología de Wurzburg, profesor W. ARNOLD, sobre el destino de los niños y jóvenes procedentes de familias deshechas. Pero no en los casos en los que el divorcio es el motivo de separación, sino en los que ni siquiera ha existido el matrimonio y que por ello no podemos hablar de la existencia de una cédula familiar. Queremos destacar como punto clave de inseguridad del niño a tomar partido por uno de los progenitores, hasta que la inducción de uno de ellos desplaza lo positivo de la imagen del otro, que se pierde y rechaza por la mente infantil. Otro hecho importante es las repercusiones que la conducta antisocial del padre o la madre, pero sobre todo el alcoholismo del padre y al violencia sobre la madre, ejercen sobre la menor.

Este hecho, el alcoholismo, pese a estar en boca de todos, estimamos que se encuentra en la mente de muy pocos y es en nuestra patria, y concretamente en Vizcaya, el primero o de los primeros motivos por los que la familia se degrada. Y el terrible espectáculo que para los aterrizados hijos supone la participación de la madre en la toxicomanía alcohólica. Ya HAFTER y MONAHAN habían tratado de la gran proporción de anomalías psíquicas y faltas de rendimiento en hijos de matrimonios divorciados. Este tipo de investigación, hecho a nivel escolar, es algo que podría aclarar muchos de los fracasos en la Educación General Básica y en el abandono de la escolaridad de niños y niñas bien dotados intelectualmente. Recordamos aquí las investigaciones de PIAGET en niños delincuentes acerca del juicio moral en el niño que permitiría augurar

cierto grado de «fijación de autoridad» a una edad en la que el niño no ha adquirido aún ideas autónomas sobre el crimen y el castigo. Los niños en este caso parecían presentar una tendencia más marcada a pesar que el crimen (o la falta), está íntimamente ligado al castigo, a que una cosa está mal, si los golpean a causa de ella y que el castigo debe ser proporcional al daño causado. El castigo sería expiatorio y no habría sustitución posible. Este tipo de motivación, sería la «oficial», la impuesta y en ningún modo respondería a la voz interior de la conciencia del niño.

Es aleccionador a este respecto el comprobar cómo PIAGET, al principio seguidor exacto de las ideas freudianas, se va haciendo cada vez más crítico y personal.

Otro hecho que hemos ido percibiendo y que acusadamente veremos en los próximos años en Vizcaya, es la desaparición del doble código moral que antes imperaba en la juventud española: lo permitido para los hombres, no lo es para las mujeres. No olvidemos que las cifras de hace unos años de 10 a 1, en la relación del alcoholismo masculino al femenino, están igualándose rápidamente, hasta alcanzar a 4-1 en España, 3-1 en Gran Bretaña y 2-5 en Estados Unidos. Entre la juventud universitaria la liberación sexual de la mujer es rápida. Las actitudes de protesta contra la inmoralidad o la injusticia, llevan el peligro de adoptar actitudes injustas o inmorales contra la propia persona, la propia familia o la sociedad. Al igual que muchos psiquiatras, hemos tenido ocasión de diagnosticar psicosis esquizofrénicas en «hippys», en los cuales el profundo deterioro del pensamiento y la conducta no solamente no llamaba la atención, sino que era comprendido por los demás del grupo.

Aunque en España carecemos de estadísticas concretas, entre veinticinco mil jóvenes drogadictos franceses se encontró que un cincuenta por ciento, padecían trastornos psíquicos importantes, trastornos que en gran parte eran anteriores al consumo de las drogas, principalmente la heroína. Aparte de que la necesidad de conseguir las drogas hace adoptar dos formas de adquisición: la participación en su venta por parte de los muchachos y la prostitución por parte de las muchachas. Es corriente las quejas de las prostitutas «de carrera» de la competencia de las aficionadas, sobre todo por lo que se refiere a la parte más joven de la clientela.

Creemos que lo más útil de la experiencia de Santurce, es que si de verdad queremos hacer algo efectivo sobre los problemas que condicionan la inadaptación, éstos no se pueden enfocar psiquiátricamente siquiera. La multiplicidad y decisiva importancia de todas las facetas estudiadas, hacen necesaria una tarea en conjunto. Tarea que debe iniciarse en escalones cada vez más altos, pero siempre sencillos. A nivel del examen pediátrico, del informe del maestro, de la ilustración a los padres, en charlas a nivel del pueblo o el barrio. Y que periódicamente expongan a equipos volantes su problema. Y las exploraciones similares a las de la erradicación de la tuberculosis, para destacar aquellos casos que requieren una mejor atención a los padres, no pueden proporcionárselos.

Con el término juvenología se ha propuesto aquella parte de la Psicología que se ocupa del desarrollo y problemas de la adolescencia. Bajo la dirección del profesor FLITNER, de la Universidad de Tubingen, BITNER y FLITNER han publicado un atrayente estudio donde analizan y delimitan los papeles del médico por una parte y del pedagogo por otra. La falta de conexión y el pretender ver los problemas desde un solo ángulo, son las causas de que la superficialidad presida hasta ahora las investigaciones en este terreno. Nunca debemos olvidar que educar y curar pueden ser sinónimos en muchos casos. Muchos conoceréis la polémica de SPRLANGER con ZIEBEN, en el que el filósofo se oponga al psiquiatra. Las profundas transformaciones metabólicas, los cambios anatómico fisiológicos

y las influencias hormonales que tienen un indudable e importante papel en el desarrollo, no lo son todo. E. KRETSCHMER elaboró una teoría fundamentalmente biológica, en la cual la constitución y el instinto biológico hacen el más importante papel.

Mucho más amplio es el trabajo de STEINWACHS, donde se comienza a perfilar esa labor de equipo a la que constantemente nos estamos refiriendo.

Pero no se pueden olvidar todas las otras circunstancias sociales que apasionan al joven de hoy y de las que nace, en parte, su inadaptación. La creciente pérdida del pensamiento religioso, de educación política o de auténtica educación sexual, que son los productores de una forma nihilista de vida, o la adopción de sistemas que a nuestro juicio tienen un gran peligro, o el profundo desconocimiento de los mismos que padecen los que los defienden. Porque sostener una idea madurada y elaborada es siempre respetable. Pero es que la crisis se acentúa en los núcleos importantes de población en los que el contagio psicológico favorece las tensiones y el alcohol, un estímulo barato al alcance de todos. En nuestra ciudad lo vemos todos los días. Y también el diario ingreso de la niña de 15 años o del joven de 17, que han ingerido un tubo de barbitúricos, un relajante o un analgésico con fines suicidas. Y podemos constatar con asombro que, entre los motivos actuales, figuran el que el padre prohíba llegar a casa a la niña una vez cerrados los portales o enfadarse porque el hijo se niegue a trabajar, frente a lo cual se impone la rebelión juvenil. Y también, como contrapartida, como forma de protestar por el alcoholismo del padre y la brutal agresión diaria a la madre.

Son jóvenes para los que el deporte es puramente espectáculo. Que no participen de él porque no puedan hacerlo y porque básicamente en la escuela y en el instituto han carecido en gran parte de los casos de auténticas formas de expresar este instinto del juego, tan fundamental para el ser humano. O el contacto periódico con la naturaleza de forma organizada como asignatura obligada y forma de educación.

Una de las primeras premisas a tener en cuenta es que las descripciones que de la personalidad de joven inadaptado se hacen no pueden equipararse a las del adulto, pese a lo tenue, a veces, de la separación. Es en el campo tan amplio de las personalidades psicopáticas del que se ha ocupado TRAMER y también los psiquiatras soviéticos (КЕРИКОВ). La inestabilidad juvenil favorece la aparición de nuevas formas de reacción y sobre todo una fácil influenciabilidad del medio ambiente que es tan propicia en esta época para el contagio psíquico y la atracción por la forma de actuar del grupo o la masa. Son muchos los psicólogos que han constado el hecho del profundo cambio hacia una conducta psicopática, una vez iniciada la pubertad, para después iniciar una mejoría caracterológica y de la conducta.

Y viceversa. El clásico cambio del paso del Instituto a la Universidad, con el fracaso estrepitoso del muchacho hasta entonces brillante, o el súbito interés y mejoría del hasta entonces indolente que malpasaba los cursos de la segunda enseñanza. Todos ellos pueden preverse o seguirse a nivel de una mediana atención psicológica, sobre todo si ésta puede ser accesible y conocida por el muchacho que se encuentra en dificultades para superar su crisis.

En los casos que pudiéramos llamar de difícil o imposible solución, y cuyo número no será seguramente muy alto, la evaluación correcta y la búsqueda de unas mejores condiciones de vida y de rehabilitación hasta lo posible, como asimismo de evitar el contagio a que puedan dar lugar en una tarea también hacer.

Resulta altamente estimable la labor que a nivel sobre todo privado, pero también benéfico-social y estatal, se efectúa en los niños llamados subnormales,

en los cuales el rasgo común suele ser un defecto intelectual endógeno o exógeno que se acompaña en numerosos casos de alteraciones del carácter y la conducta. Es un buen motivo de observación, pues en él se dan en un ámbito más reducido, aunque afectando a cientos de niños en Vizcaya, las condiciones que tratamos de resaltar para el problema de los estudios sobre la inadaptación infantil y juvenil.

La existencia de profundas raíces sociológicas como causa de estas motivaciones, hacen que tengamos que dejar a la sociología una parcela importante de la investigación de las raíces de la inadaptación.

Hemos señalado que en Vizcaya se dan una serie de rasgos especiales que pueden contribuir a dar un colorido especial a ciertas formas de inadaptación. Sobre los generales del efecto nocivo de la violencia en el cine, la televisión y la calle, la exaltación de ciertos tipos de vida de adultos (alcohol, drogas, etc.). En los grandes núcleos urbanos e industriales la falta de espacios verdes, de expansión juvenil, la ausencia de participación en una vida auténticamente deportiva, la no integración en grupos educativos, las diferencias económicas agravadas por el fácil acceso a medios que ostentosamente disfrutan de mejores posibilidades, uno de cuyos ejemplos es el aumento del disfrute del automóvil ajeno, o por la proliferación de delitos. Las circunstancias económicas también influyen sobre el ambiente de la familia que comienza a verse desgajada en múltiples aspectos. La limitación del número de hijos, a nuestro modo de ver con impresionante marcha en los últimos años, facilita el trabajo, por otra parte necesario, de los dos cónyuges en cuanto el niño es capaz de valerse o es ingresado en un colegio. Conocemos casos en que la totalidad de los hijos de una familia numerosa están distribuidos en colegios sin una razón clara por parte de los padres. No hacemos esto es un plano crítico, sino simplemente descriptivo.

La forma de valorar las inadaptaciones trae pareja inmediatamente, de una parte, el intentar una auténtica labor terapéutica y de rehabilitación que sería imposible sin la preparación adecuada del personal.

La formación del personal tendría dos facetas: el personal titulado procedente del medio universitario vendría acompañado de la especialización consiguiente. El número de psiquiatras, psicólogos, psicoterapeutas y analistas, estaría de acuerdo con las necesidades, pero siempre éstas no serían muy grandes a este nivel dado el hecho de una total dedicación. Todo lo que no sea dedicación total a esta tarea fallará a cualquier clase de nivel.

En un plano medio la psicopedagogía, la formación especializada de asistentes sociales, las auxiliares de psicología y psiquiatría (A. T. S., especialistas) y los servicios técnicos, y un personal de oficina, archivo, etc.

Lo más importante es la conexión permanente con todos los elementos de higiene y educación, como asimismo con los medios familiares que precisen de los consejos u observaciones de los equipos. Los problemas pedagógicos o de exploración que puedan hacerse a nivel del medio, deben establecerse mediante desplazamientos de los equipos de datos. La observación y estudio del inadaptado, se haría una vez completada su ficha con los datos. Y la terapéutica o reeducación se haría en su medio, en la mayor parte de los casos en conexión con la familia y los pedagogos que le atienden. Pequeños archivos a nivel de escuela, o de centro médico de Higiene, con datos sencillos, duplicarían los enviados al centro principal. La educación especializada podría llevarse a cabo bien dentro de la misma escuela, bien en escuelas especiales con arreglo al grupo, buscando homogeneidad en los problemas. Y difundidas de forma que una agrupación sería rechazable. En casos extremos, en los cuales una vigilancia o reeducación fuera más intensamente necesaria, podría sustituirse por pequeñas escuelas con personal más especializado aún y métodos propios, psicodrama,

etcétera. Una frecuente revisión para integrar rápidamente el mecanismo normal de vida y educación al presunto inadaptado, iría dando además una valoración real del método.

Ello lograría, con relativamente pocos medios, casi nulos los referentes a edificios o grandes instalaciones técnicas, internados y personal, tener una visión exacta del estado de inadaptación infantil y de la evolución, así como las modificaciones técnicas a emplear. Sistema que podría estar integrado en un futuro en una Seguridad Social.

Mentalizar a las familias sobre la necesidad de estudio de los hijos con problemas, es probablemente difícil a nivel general. Pero también lo será que los encargados de hacerlo, perciban esta necesidad. Toda nuestra ilusión es que paseemos a ocuparnos en el terreno de la inadaptación juvenil de las raíces de la misma. Que, por ello, superemos los problemas de la delincuencia juvenil, o que estudiemos únicamente los que se refieren a la conducta como expresión de algo que falla en el modo de hacer del niño o del joven. Y dejar de hacerlo en el reducido ámbito de una corporación médica especializada. Creemos, pues, que al menos debemos intentarlo.

Huyamos de un espíritu de mal entendida caridad, que es hiriente para el que recibe, y sustituyámosle por uno de justicia. Todos tenemos derecho y deber al mismo tiempo de participar en la vida comunitaria. Sí, es indudable que hoy no podría campea un cartel como el que existía en el antiguo Hospital de los Santos Juanes:

Enfermos que gemís en la indigencia.  
Aquí hallaréis solícita asistencia.

También es cierto que no podrán repetirse las escenas que vivió y dejó a la posteridad don MIGUEL DE UNAMUNO, otro vizcaíno universal, cuando de niño iba al colegio, mientras los pobres lo hacían a la escuela y se escapaban a bañarse en Los Caños; cuando, mamoncillo aún, salía de su casa de la calle Ronda, donde cincuenta años atrás había nacido CRISÓSTOMO DE ARRIAGA, para acudir temeroso a recibir bien los cañazos de su maestro, bien a presenciar uno de aquellos castigos personales que los condiscípulos se veían obligados a ejecutar con una alpargata sobre el trasero del castigado en juicio, donde se exponía todo lo que de execrable había cometido el mozo. Claro es que en toda Europa se seguían aquellos métodos y en Inglaterra hasta muchos años después. Pero el mundo infantil se sentía tan aterrorizado como cuando pasaba por el matadero en la actual calle de Banco de España. O subía las escaleras de Begoña, pasando por el cementerio de Mallona, tan propicio a las fantasías de los niños. Todo ello compensado por las campas verdes de Albia, que hoy contempla triste y aburrido la efígie de ANTÓN, el de los cantares, de aquel Bilbao que el P. HENAO decía, en el siglo XVII, que cada distrito parecía Tempe o Aranjuez. Las huertas de Deusto, los bosques de Buya, los collados de San Adrián o San Roque. Por eso también una tarea de profilaxis tiene que ser deshacer, hasta donde podamos, todo lo malo que estamos haciendo, no permitir que siga una monstruosa deformación de nuestras ciudades y nuestros pueblos para que no se cree un clima hostil que nace de la sensación de desatención por quienes tienen que velar, porque lo han elegido o lo han aceptado, por el cuidado de los ciudadanos, pero sobre todo, de los niños y de los jóvenes. Porque estamos cercenando uno de los instintos más importantes del niño, que no pueden cumplir el instinto del juego. Pero sobre todo comprendamos que lo verdaderamente importante es que lo que se haga debe ser para todos, para que una gran masa no se sienta frustrada y nazcan o se desarrollen en ella agresividades perfectamente lógicas. Por ello lo primero que debe hacerse es huir de las grandes creaciones de piedra

y cemento que albergaban a unos cuantos elegidos, no siempre los más necesitados, en las cuales el presupuesto da para la cáscara y desde luego no para la verdadera y eficaz asistencia. Pequeños núcleos de investigación y enseñanza que luego se encargan de impartir sus conocimientos a todos los que lo necesitan. Y si al que lo necesita lo podemos dejar en su casa, en su pueblo y en su escuela, mejor. Y, si lo necesita, que cambien momentáneamente de familia en pro de una rehabilitación personal y social. Comienzan a proliferar en Europa, en España contamos con un par de ellas, familias de 8 a 10 muchachos, con dos rehabilitadores y terapeutas, un hombre y una mujer. A veces son los padres los que conviven con los hijos. O las «half houses», equiparables a aquellos hospitales de día y de noche que también nacieron para alivio del enfermo en Holanda» como las «Organizatiën Jengebelangen», de estructura regional, que han dado un paso al cambiar de cerebros de rehabilitación para «criminales marginados: a ser auténticas formas de higiene mental. Todo el gasto habrá que dirigirlo a la formación del personal, a la atención de los jóvenes, a la adquisición del material, a la remuneración de los que efectúan el trabajo, cosas todas que son poco visibles y poco fotografiables. Y todo desde un solo centro coordinador. El que seis instituciones hagan lo mismo o parecido, cada una por su cuenta, es un derroche que no nos podemos permitir. Y la tarea es lo suficientemente seria e importante como para que dilatarla en su puesta en marcha, menospreciarla o empequeñecerla constituya una ofensa para la generación que, siendo hoy niña y joven, será dentro de muy pocos años la que, con razón, nos considere culpables de los males que su sociedad sufra. Por eso es mi deseo de que sea Vizcaya una de las pioneras en la profilaxis de la inadaptación a nivel general y desde el principio. Os pido perdón por el énfasis puesto en resaltar un problema que tiene el mundo planteado y sin resolver; es en nosotros, los vizcaínos de nacimiento o adopción, uno de los pilares que permitirán edificar una mejor Vizcaya del futuro.



**DISCURSO CONTESTACIÓN**

del Académico numerario

**EXCMO. SR. DR. D. RAMON SARRO BURBANO**

de la Real Academia de Medicina de Barcelona

Excelentísimo señor presidente, dignísimas autoridades, muy ilustres académicos, señoras y señores:

RODRIGO GONZÁLEZ-PINTO LÓPEZ heredó la vocación psiquiátrica no sólo de su padre, sino de su abuelo y de su bisabuelo. Es probablemente la única familia de médicos españoles en la que la dedicación a la psiquiatría puede seguirse a través de tantas y tan valiosas generaciones.

Mi relación con los GONZÁLEZ PINTO fue a través de su padre. Mi primera actuación en la Asociación Española de Neuropsiquiatría va unida a su nombre. Nos encargaron una Ponencia sobre *Régimen de los manicomios privados que albergan enfermos de beneficencia*, que leímos en la V Asamblea de la Liga Española de Higiene Mental (Granada, 1932). La Ponencia alcanzó sus objetivos porque GONZÁLEZ PINTO imprimió a la actitud de protesta mía de ciertos abusos un giro constructivo.

La virtud psiquiátrica más relevante de su padre—tenía muchas y en todos los órdenes de la vida—fue la capacidad clínica. Sus historias clínicas eran verdaderas obras maestras. Adquiría un conocimiento exhaustivo de sus pacientes. Esta capacidad historiográfica se ha vuelto muy rara en Psiquiatría. En la era actual, que se califica de «aceleración del curso de la historia», el arte de escribir historia clínica se ha vuelto una cualidad rara. Por las razones que daré más adelante, el momento actual se caracteriza no por un estancamiento de nuestro contacto con las realidades psicopatológicas sino por su retroceso. En suma, RODRIGO GONZÁLEZ-PINTO era un hombre que sabía ver sus enfermos y con su redacción clara, también lo era su letra, consignar lo que había observado. Estoy convencido de que el archivo de las historias clínicas de Santa Agueda que él de su propia mano escribió, podía y debería utilizarse hoy para compensar en lo investigativo y en lo didáctico el empobrecimiento psicopatológico actual.

Su abuelo paterno, DEOGRACIAS GONZÁLEZ MONTEJANO, médico rural a mediados del siglo XIX, llegó a Ciempozuelos de titular coincidiendo con la llegada a España del Padre BENITO MENNI, que trataba de reorganizar la Orden de San Juan de Dios. Juntos comienzan a organizar Ciempozuelos, tarea que el Padre MENNI simultanea con San Baudilio, la otra casa fundada. Su hijo JOSÉ RODRIGO GONZÁLEZ GONZÁLEZ se dedica, ya acabada su carrera con una tesis doctoral sobre *Locuras volitivas*, a la psiquiatría con una formación bastante sólida. Interviene en Congresos, presenta trabajos sobre alcoholismo como plaga social y funda, con el Padre MENNI como asesor psiquiátrico, las Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón, cuya casa matriz está en Ciempozuelos. Es director hasta su muerte, a los 48 años, de ambos sanatorios psiquiátricos. Su hijo, RODRIGO GONZÁLEZ-PINTO, quedó huérfano muy joven con dos hermanos, varón y hembra, y pese a dificultades económicas hizo un brillante bachillerato y una excelente carrera. Fue, con TAPIA, el primer interno que tuvo GREGORIO MARAÑÓN. Trabajó en el Cajal y más tarde, siendo ya jefe clínico de Ciempozuelos, con SANTOS RUBIANO, GAYARRE, SANCHÍS BANÚS y fue profesor auxiliar con TOMÁS MAESTRE. Su hermano, JOSÉ GONZÁLEZ-PINTO, también psiquiatra, fue jefe clínico del Sanatorio Femenino de Ciempozuelos (siendo su director JOSÉ MARÍA SACRISTÁN). En la última etapa llegó a la clínica VALLEJO NÁJERA.

Fue desde Ciempozuelos, en 1930, cuando pasó a la dirección de Santa Agueda. Aquí trabajó mucho, y en guerra lo hizo de forma abnegada, lo que le costó numerosos disgustos. Entre sus cargos figuran el de presidente de la Academia de Ciencias Médicas, jefe de los Servicios de Higiene Mental de Vizcaya, psiquiatra del Tribunal de Menores, etc. Sus trabajos fueron casi todos clínicos, un librito sobre epilepsia prologado por MARAÑÓN y últimamente se consagró a la psiquiatría infantil. Su formación fue fundamentalmente germana; pasó temporadas en Munich y aprendió bastante bien el alemán para traducirlo y hablarlo (por esta causa su hijo RODRIGO hizo conjuntamente los dos bachilleratos). Sus contactos con la psiquiatría francesa (que también lo hablaba) fueron muy numerosos y continuos. En Santa Agueda se trabajó al principio con los métodos de SAKEL, MEDUNA y CERLETTI y apenas se dieron a conocer. Hombre siempre religioso, ortopráxico mejor que ortodoxo, tuvo siempre una conducta intachable con un respeto a la persona del enfermo fuera cual fuera su estado.

Su hijo RODRIGO GONZÁLEZ-PINTO LÓPEZ ha continuado y realzado la gran tradición familiar, especializándose en el campo de la Psiquiatría juvenil. Su padre había sido miembro del Tribunal Tutelar de Menores desde su fundación por IBARRA en 1929. Simultaneaba su dedicación a la Clínica Psiquiátrica de Adultos con sus actividades en el Tribunal Tutelar.

Cuando su hijo RODRIGO se incorporó a la Psiquiatría el signo de los tiempos había cambiado. La Psiquiatría infantil se había hecho autónoma; resultaba un campo demasiado extenso y complejo para que una sola persona pudiera cultivar los dos campos. Los dos maestros de la Psiquiatría infantil catalana, JERÓNIMO DE MORAGAS y LUIS FOLCH CAMARASA, contribuyen decisivamente a esta evolución hacia la profesionalización de la Psiquiatría infantil.

RODRIGO no ha regateado esfuerzos por poner la Psiquiatría infantil en el puesto que le corresponde. Ha bebido en las mejores fuentes, no sólo en las catalanas. Su conocimiento de lenguas extranjeras le ha permitido asimilar críticamente las diversas corrientes psiquiátricas. Sus actuaciones en los Congresos Nacionales e Internacionales han sido siempre brillantes; el halo de sólido y honesto prestigio que rodeaba al padre envuelve ya al hijo. Sus publicaciones científicas demuestran la cualidad que calificaría de una versátil tenacidad. Sus temas diversos, pero enfocados en una misma dirección. Aquella que señala el presente magnífico discurso de hoy. Su ingreso en la Academia coincide con un momento de gran productividad que no dudamos proseguirá en los años futuros. La psiquiatría de todas las edades necesita hombres del temple intelectual y moral de los GONZÁLEZ-PINTO. Gracias a RODRIGO la noble estirpe prosigue su brillante historia.

Señores: Me vais ahora a permitir que realice un comentario sobre la psicología de la adolescencia desde el ángulo de mis preocupaciones actuales. Quizá debería decir «idee fixe», como investigador de psicopatología de los delirios.

#### LA CRISIS EXISTENCIAL DE LA ADOLESCENCIA Y LA CRISIS MITICA DEL DELIRIO

Repasando la admirable y selecta lista de publicaciones científicas del recipiendario, muchas de las cuales ya conocía por haberlas leído o por haber escuchado su versión oral, me sentí atraído desde el primer momento por los temas centrales de su discurso: *Problemas psicológicos y psicopatológicos de la inadaptación juvenil*.

Que el tema interesa a todos es algo que no puede ser puesto en duda. La problemática de la juventud forma parte de estas cuestiones que nadie ha podido

soslayar en el pasado, y en el presente menos que nunca. Pero sentir interés por un problema no es equivalente a capacidad para tratarlo. Me pregunto si yo poseo esta preparación. Mi respuesta tiene que ser ambigua. Aunque como psiquiatra y como profesor he pasado mi vida en contacto estrecho con la juventud inadaptada o adaptada, no me creo con derecho a considerarme un experto en psicología de la juventud. No he realizado jamás investigaciones orientadas temáticamente hacia el campo juvenil, como hacen en nuestra época tantos cultivadores de las Ciencias del Hombre, incluidas las médicas. Sin embargo, me siento extraordinariamente vinculado a la psicología de la juventud, pero por una vía que puede parecer insólita y que voy a explicar.

Mi interés por la juventud es comparable al interés de los psicoanalistas por la infancia. Como sabéis, el contacto que el psicoanalista establece con la infancia no es nunca directo—salvo si es un psiquiatra o psicoanalista infantil—sino indirecto. Su punto de partida son los adultos y su trabajo analítico consiste en ir realizando conjuntamente con el paciente un viaje retrógrado a través del tiempo hasta llegar a la infancia. El psicoanalista considera que la infancia es la matriz generadora de la conducta humana patológica y, según el propio FREUD, también de las conductas normales. La tarea del psicoanalista consiste primordialmente en descubrir las situaciones infantiles que laten bajo las conductas adultas.

Mi posición personal difiere de la de mi maestro del que tuve la suerte de ser discípulo en Viena en los años 25, 26 y 27. Creo que el psicoanálisis sobrevalora la infancia. Las investigaciones sobre la deliriografía y deliriología en todas las formas de «locura», pero especialmente en el campo esquizoparafrénico y en el de la melancolía, obligan a ampliar y a rectificar la visión freudiana de la psicopatología. FREUD apoyó sus teorías—era tan gran teorizador como observador—en la observación de la neurosis (trató un centenar escaso de pacientes en su vida) y en la del campo onírico (el número de sueños analizados fue, claro está, un múltiple del de los pacientes), pero no abordó, o sólo tangencialmente, el mundo de los delirios. No poseía experiencia clínica sobre este campo. Consciente de esta deficiencia y con el fin de redondear la elaboración de una teoría general de la vida anímica, estudió las *Memorias* del magistrado SCHREBER, publicadas en 1900. Es un documento psicopatológico magnífico, pero no suple el contacto y la exploración directa del paciente. Aunque SCHREBER hubiese sido un cliente directo de FREUD, un solo enfermo no justifica las generalizaciones teóricas que elaboró. Nosotros hemos empleado un método pluricasuístico y la imagen de la locura que nos muestra—basado en la clínica—es diametralmente opuesta a la del psicoanálisis.

No es cierto que la psicosis sea un campo biográfico que arranca de lo instintivo infantil; más bien es todo lo contrario. Tres notas le distinguen: ser adulto, ser extrabiográfico y ser espiritual en el sentido de mítico religioso. La temática delirante en sus cinco grandes dimensiones, escatológica, cosmogónica, soterológica, kratofánica y de la muerte reversible, no lleva en sus impulsos y en su realización el sello de la infantil, sino el de la madurez adulta. Ni los profetas que anuncian el fin del mundo, ni los mesías que los salvan, ni los filósofos que especulan sobre el origen y estructura del cosmos, evocan en ningún sentido la mentalidad del niño. Si se quiere hablar de infantilismo más bien podría referirse al hombre considerado normal que vive despreocupado de estos problemas nucleares respecto al puesto del hombre ante su destino en el cosmos y fuera de él.

Según nuestras investigaciones, la raíz de los delirios no es histórica. Son *creaciones* de la mente psicótica, o mejor de la mente prepsicótica, frente a la invasión psicótica primaria. En el antiguo lenguaje de BLEULER, que consideramos superado, podríamos decir que los delirios en su temática pertenecen

siempre a la sintomatología secundaria; son producto de la actividad interpretativa que es consubstancial a la vida del espíritu.

Nuestra posición excluye, por tanto, interpretar los delirios como regresiones a una época del pasado individual, sea la infancia o la adolescencia. Creemos que en el mundo psicótico está el paciente por primera vez, no lo había visitado antes, no se trata de una «rememoración» enmascarada.

Pero que consideremos falsas las teorías sobre la psicosis como regresión no significa que pongamos en duda el valor de los métodos de la psicología comparada en su más amplio sentido. La comparación aguza la percepción o ideación fenomenológica y es legítima siempre que no confunda analogías con similitudes.

Ahora ya comprenderéis nuestra predilección por la adolescencia. Mientras que la comparación con la infantil no nos dice gran cosa, lo cual no significa que no pueda practicarse, la comparación con la adolescencia la creemos extraordinariamente iluminativa.

Analicemos el valor de estas posibles analogías sin perder en ningún momento de vista las diferencias gigantescas entre el comienzo de la adolescencia y el comienzo de la psicosis. Me doy perfecta cuenta de que esta comparación os parecerá chocante e incluso aberrante. Os ruego me concedáis un margen de confianza para desarrollar mis análisis.

Podemos partir del hecho de que en la vida humana experimentamos dos nacimientos y sólo dos: cuando nacemos a la vida en la infancia y cuando nacemos como protagonistas potenciales al mundo histórico, que siempre es en esencia el de la historia universal. Creo sería abusar de la metáfora hablar de otros «nacimientos» al ingresar en otras formas o etapas de vida, matrimonio, profesión, religión. Estas modificaciones pueden calificarse hiperbólicamente de metamorfosis, pero no constituye cambios sustanciales. La identidad personal no se modifica, la biografía no se trunca. El adolescente, por mucho que recuerde que ha sido niño, ha dejado definitivamente de serlo.

Aunque el tránsito de la infancia a la juventud quiera atenuarse, siempre quedará en pie que es un *máximo período de transición* en la vida humana, y esto basta para nuestra tesis.

Veamos ahora *bajo qué aspectos*, no se trata ni remotamente de *identidades*, la *crisis de la juventud* se asemeja a la *crisis de la locura*. Espero que con esta formulación se atenúe algo vuestro recelo frente a mi tendencia a poner en parangón la entrada en la adolescencia y la entrada en la locura. Quizá alguno de mis oyentes imagine que voy a interpretarlas ambas como «crisis existenciales». Mi pensamiento es afín a esta idea pero, como verán, con una radical diferencia. Pero antes de entrar en el núcleo de mi exposición, quiero justificar el empleo frecuente del término «locura». ¿Por qué no empleo el término «científico» psicosis o esquizofrenia en vez del término vulgar locura? La razón es la siguiente. El momento actual de la psicopatología, que es el núcleo y la razón de ser de la psiquiatría como campo médico autónomo, se caracteriza por un olvido de los fenómenos; dicho en otros términos, por un *eclipse de la fenomenología* específica de los trastornos mentales. La verdadera faz de la locura está «reprimida»—el empleo del término freudiano lo consideramos aquí imprescindible—por influencia de tres corrientes poderosas que siendo origen de progresos pragmáticos lo han sido también de retrocesos antropológicos. Estos tres factores responsables de que la psiquiatría progresa en una dirección y retroceda en otra son: 1.º La orientación nosológica; para diferenciar una entidad le bastaban «síntomas», no era necesario llegar a las *realidades psíquicas*. 2.º El psicoanálisis ha elevado la psiquiatría no sólo a ocupar un puesto en las Ciencias del Hombre—excediendo por tanto la Medicina—, sino probablemente el primer puesto, pero FREUD, del que ya hemos dicho que escotomizó el mundo del delirio, fue

más hermenéuta que fenomenólogo, más metapsicólogo que psicólogo, aunque fuera el máximo que hemos tenido. No sólo las psicosis, sino las neurosis y la imagen del hombre, no son lo que FREUD propuso por una sencilla y abrumadora razón: de que quedan desmentidas por la clínica. 3.º Los progresos terapéuticos físicos y farmacológicos, valorados en todos sus aspectos positivos y negativos, han provocado un *empobrecimiento* de la psicopatología y de la psicoterapia.

A este paso las personas que se acercaban a la psiquiatría impulsadas por la pasión psicológica, por el afán de comprender al hombre, acabarán por sentirse decepcionadas y decidirán cambiar de rumbo y abandonar la Medicina. Por fortuna está iniciándose en el mundo entero, y me consta que así es en Bilbao, un movimiento que podría llamarse de «refenomenalización» de la psiquiatría que, sin renunciar a ningún progreso, es fiel a su esencia y a la misión que le asignaron los grandes maestros de la psiquiatría, de los cuales fue FREUD el más grande, si se reafirman en que el núcleo de la actividad psiquiátrica es la psicopatología y la psicoterapia.

Esta es la razón por la cual doy preferencia al término *locura*, porque es el más expresivo de la realidad sobrecogedora de un ser humano, cuya característica esencial es, a nuestro juicio, no la de haber perdido la razón, sino la de haberse instalado en una forma «sui géneris» de la sinrazón, lo cual es muy distinto. No se trata de una caída en un caos, lo cual puede sin duda ocurrir, sino de la aparición de una nueva forma de vida humana. Vamos a acercarnos a ella. Vamos a considerar los aspectos en los que la crisis de la adolescencia se asemejan a la crisis del delirio y a continuación aquellos en que difieren.

Los primeros son los siguientes:

A) Ambos son una *mutación*: en un caso, del estilo infantil al estilo adulto, y, en el otro, de la forma de vida psíquica normal a la patológica.

B) Un estado y otro son vivenciados por el sujeto como una *dilatación extraordinaria del horizonte* de la vida humana. En el primer caso, desde el espacio vital del niño, protegido por los padres y maestros, al escenario del gran Teatro del Mundo, en el cual tendrá a representarse un papel. En el segundo caso, una existencia vulgar automatizada en un quehacer y un vivir cotidiano y coartado se transmuta, asumiendo responsabilidades para la totalidad humana o cósmica. Es lo que ocurre en los delirios mesiánicos.

C) No sólo cambia la *circunstancia* que puede crecer hasta sus últimos límites en el espacio histórico o en el espacio cósmico, sino que cambia el *yo*. Este *yo* se siente investido de poderes que antes desconocía. No se trata de poderes narcisistas, sino del estallido de la consciencia de misión o de altos deberes. La mayoría de adolescentes pasan por un momento, aunque sea en la fantasía, en la que identifican su vida con una gran empresa idealista. El adolescente siente que su vida se desborda más allá de él mismo. En grado superlativo ocurre en el comienzo de algunas psicosis. Aquel jornalero inculto se siente «elegido» para salvar el mundo. Sus fuerzas han acrecentado desmesuradamente, pero no una dimensión histórica como en el adolescente, sino sobrenatural.

D) En ambos casos se aspira a *trascender* la situación actual en el sentido de mejorarla. El objetivo de uno y otro es la felicidad; en un caso, perfeccionando lo que fue la infancia; en el otro, lo que fue la normalidad.

E) En la dimensión de lo que teológicamente podríamos designar como «salvación del alma» y psicológicamente como realización del sí mismo o como individuación (JUNG), ambos se adentran hacia el centro espiritual de la personalidad; el adolescente es infinitamente superior al niño y el delirante mesiánico centrado en valores espirituales al hombre anterior informado por valores económicos, utilitarios, materialistas o, en todo caso, pragmáticos.

En suma, en ambos casos el individuo es elevado *vivencialmente*—no realmente—sobre su condición anterior de «niño o de normal».

Veamos ahora las diferencias bajo este quintuple aspecto:

a) Gracias a la mutación de la adolescencia el sujeto humano se adentra en la historia, procura descubrir su rumbo para seguirlo o rectificarlo.

En cambio, en la mutación delirante el sujeto se *aleja* definitivamente de la realidad. El tema del fin del mundo es el fin de la existencia histórica tanto en una dimensión biográfica individual como colectiva. Sólo del delirante puede sospecharse o afirmarse que ha experimentado una mutación ontológica, que su estructura óptica es *otra* que la de sus semejantes.

b) La dilatación del horizonte del adolescente es modesta comparada con la del delirante. El delirante es *holista*, abarca la totalidad.

c) También los poderes del adolescente, aunque representan una sobrevaloración respecto a los de la sociedad en la que vive, son modestos, comparados con la capacidad de transformar el mundo que se atribuye el delirante. Los poderes del delirante sobrepasan de la fantasía más exaltada del adolescente, no en el orden cuantitativo sino en el cualitativo. La fantasía del adolescente es ambiciosa o hedonista, la del delirio es religiosa, soteriológica.

d) Uno y otro son partícipes de la tendencia general humana hacia la felicidad, pero la concepción de éste es absolutamente distinta en uno y otro caso. El adolescente busca el estado de felicidad en el seno de la vida humana—sin salirse del surco recordemos la etimología de *delirium*—, permanece en la temporalidad, en la historicidad. En cambio el delirante la busca en la superación del tiempo que ya ha cesado para siempre; se ha llegado al fin de los tiempos. De un modo aproximado podríamos decir que si el adolescente es utópico, el delirante es ucrónico.

e) La tendencia a la *espiritualización* finge una analogía que oculta una radical discrepancia. El adolescente avanza hacia la *existencia*; el delirante se aleja de ella para instalarse en la forma de *vida mítica*. El hombre, en tanto *existencia*, es libertad, es historicidad, es comunicación. Estas dimensiones se pierden en el delirio. El delirio, como campo mítico, carece de historicidad, carece de libertad personal y de comunicación y amor personal. El campo mítico delirante presenta las siguientes características: 1.<sup>a</sup> Desconoce la muerte. 2.<sup>a</sup> Contacta con arquetipos, no con individualidades. 3.<sup>a</sup> Vive destemporalizado o en un eterno retorno. 4.<sup>a</sup> La diferencia entre el mundo humano y el mundo natural está abolida.

Por esto podemos concluir que el adolescente, en su crisis, se existencializa, personaliza o individualiza, mientras que el delirante se despersonaliza, se mitifica, o se naturaliza, o se diviniza. De todas formas, *pierde la existencia* que podemos definir lo humano en el hombre, aunque esta pérdida se compense, en algunos casos, por un escalofriante fulgor, especialmente en los comienzos, en que se diría que entrevemos, quizás vemos, lo divino en el hombre.

Señor presidente, podéis imponer al doctor GONZÁLEZ-PINTO la medalla de Académico con la seguridad de que la Academia está de enhorabuena por tan valiosa colaboración, ya que su trabajo y sus profundos conocimientos ilustrarán y honrarán a nuestra Institución.

He dicho.

## PUBLICACIONES DEL DR. RODRIGO GONZALEZ-PINTO

1. Un caso de epilepsia (Cátedra de Farmacología. Prof. Lorenzo Velázquez, 1945).
2. Farmacoterapia actual de la epilepsia (Farmacoterapia, abril 1947).
3. El suicidio en las enfermedades mentales (Cátedra de Medicina Legal, Prof. Piga Pascual, y Servicio de Neuropsiquiatría del Hospital Provincial, Prof. J. J. López Ibor, 1946).
4. Estudio sobre el suicidio en las enfermedades mentales (Revista de Medicina Legal, 1948).
5. Psicopatología del vagabundo (Revista de Medicina Legal, 1948).
6. La estreptomocina en la meningitis tuberculosa (R. H. Civil de Basurto, 1947).
7. Sobre un caso de meningitis tuberculosa tratado con estreptomocina (Medicina Clínica. Barcelona, 1947).
8. Campaña de higiene mental en los Boletines Sindicales 1947-1948.
9. Contribución al estudio de la delincuencia juvenil (Tesis Doctoral. Madrid).
10. La delincuencia juvenil (Revista de Medicina Legal, 1957).
11. Higiene mental y epilepsia (Trazos, 1949).
12. Factores influyentes en la delincuencia juvenil (Rev. Ciencias Hispano-Americanas, 1955).
13. El suicidio en las enfermedades mentales (Revista de Medicina Legal, 148, junio-julio).
14. Peligrosidad social de los paranoicos (Revista de Medicina Legal, 1950).
15. Barbitúricos y picrotoxina (aportación a un trabajo del Prof. L. M. y Piniés y los Dres. Bustamante (Victor), Zubizarreta Matcos e I. García).
16. La delincuencia juvenil (Gaceta Médica del Norte, 1955).
17. Meningitis a virus (Gaceta Médica del Norte, 1956).
18. Tumores del cuarto ventrículo (Gaceta Médica del Norte, 1954).
19. Germen y terreno en la sífilis nerviosa (Gaceta Médica del Norte, 1956).
20. Herpes zoster (Gaceta Médica del Norte).
21. Importancia diagnóstica del dolor (Gaceta Médica del Norte, 1952).
22. Neurosis, distonías neurovegetativas y medicina psicosomática (Ciencias Médicas Hispano-Americanas, 1948).
23. La estreptomocina: Nuevo tratamiento de la meningitis tuberculosa (publicación independiente en unión del Dr. D. Rodrigo González-Pinto, Sr.).
24. Nuevas quimioterapias antituberculosas (La Caridad, R. Hospitalaria, 1952).
25. Problemas psicológicos del obrero en la gran ciudad.
26. Aspectos médicos del obrero industrial.
27. Epilepsia y trabajo.
28. El factor atención en el trabajo.
29. Higiene mental e industria.
30. La evolución psiquiátrica en los diez últimos años (Revista Hispano-Luso-Americana de Psicología y Psiquiatría, 1967).
31. Urgencias neuropsiquiátricas (Gaceta Médica del Norte, abril 1975).
32. Los síndromes involutivos (Ponencia al Congreso de la Asociación Vasco-Navarra de Neuropsiquiatría. Pamplona, 1972).

(Todos ellos aparecidos en los Boletines Industriales de Vizcaya como complemento a una nueva serie de Higiene Mental, 1958).



33. Importancia médico-legal de las depresiones (publicaciones Sandoz sobre una mesa redonda celebrada en el Centro «Nicolás Achúcarro»).
34. Terapéutica de la homosexualidad (Extracta, 143).
35. Evolución en el tratamiento de las psicosis (Extracta, 143).
36. Sur la traitement de la homosexualité (Bordeaux Medical, N.º 2, 1970).
37. Aportación al estudio de la homosexualidad (Jornadas Vasco-Francesas. Biarritz, 1970).
38. Accidentes vasculares cerebrales (Gaceta Médica del Norte).
39. Neurolépticos (Ponencia en la mesa redonda celebrada en el S. P. de Santa Agueda, 1971).
40. Las locuras inducidas (en prensa).
41. Sobre la Organización de la Medicina Legal en Vizcaya (Jornadas médico-forenses de Palma de Mallorca, 1974).
42. Importancia médico-legal del alcoholismo (Jornadas médico-forenses de Palma de Mallorca, 1974).
43. Las aberraciones sexuales. Aspecto psiquiátrico (Jornadas médico-forenses de Palma de Mallorca, 1974).
44. Importancia médico-legal del alcoholismo (Jornadas Sociodrogalcohol. Vitoria, 1974).
45. Sobre la organización de un Servicio de Psiquiatría en un Hospital General (presentado al Santo Hospital Civil de Basurto, 1972).
46. El Benaactycene en psiquiatría (Medicina Clínica, 1956).
47. Aspectos psiquiátricos de la enuresis infantil (Gaceta Médica del Norte, 1960).
48. Sobre la psicoterapia de fondo religioso en las neurosis fóbicas (Cátedra de Psicología y Psiquiatría de la Universidad de Bilbao. Prof. Dr. Guimón, 1973).
49. Tests proyectivos (en colaboración con el Dr. A. Villar, Dr. Guimón y Dr. Terreros. Cátedra de Psicología. Universidad de Bilbao. Curso 1971-72).
50. Introducción a la psicología profunda en la obra de I. Caruso.
51. El informe médico-legal (Curso del Doctorado en la Universidad de Bilbao).
52. Curso sobre caracterología y tests proyectivos (dos cursos, Universidad de Deusto).
53. Cursos sobre inadaptación infantil en la Obra de Protección de Menores (Vitoria, 1969-70) y Universidad Menéndez y Pelayo (Santander, 1972).