



**SE TRANSCRIBE LITERALMENTE EL
DISCURSO DE CONTESTACIÓN DEL
EXCMO. Sr. Dr. D. RAMÓN SARRO
BURBANO, EN EL QUE SE CITA EL
CURRICULUM VITAE DEL NUEVO
ACADÉMICO ILMO. Sr. Dr. D. RODRIGO
GONZÁLEZ-PINTO LÓPEZ.**

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 óntica 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.^a Desconoce la muerte. 2.^a Contacta con arquetipos, no con individualidades. 3.^a Vive destemporalizado o en un eterno retorno. 4.^a 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 estreptomycinina en la meningitis tuberculosa (R. H. Civil de Basurto, 1947).
7. Sobre un caso de meningitis tuberculosa tratado con estreptomycinina (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 estreptomycinina: 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).