

Una Nueva Psiquiatría

Una Nueva Psiquiatría

JAVIER ÁLVAREZ

© de los textos y la edición: Javier Álvarez Rodríguez, 2019

©Archivo Fotográfico Museo Nacional del Prado
(Imagen de la cubierta: detalle de *Extracción de la piedra de la locura*, El Bosco)

Primera edición: mayo de 2019

ISBN: 978-84-09-11423-8

DL LE 460-2019

Maquetación y diseño de la cubierta: Miracle Solà

Impresión: Arts Gràfiques Bobalà, SL

www.bobala.cat

A Celia, a Sergio, a Iria.
Y también a David, a Inés y a Gabriel.

«El siglo XXI, o será místico,
o no será siglo XXI».

ANDRÉ MALRAUX

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	9
1. LA MELANCOLÍA Y LA BIPOLARIDAD EN SAN JUAN DE LA CRUZ.....	13
Mi situación vital.....	13
La depresión melancólica en San Juan de la Cruz.....	14
Inicio del proceso investigador.....	16
Comparación de la noche pasiva del espíritu y la depresión melancólica.....	17
Interpolaciones de alivios.....	22
Conclusión del capítulo: primer hallazgo relevante	27
2. LA EPILEPSIA	29
Fiebre investigadora.....	29
La enfermedad sagrada.....	30
Las crisis parciales simples.....	32
Conclusión del capítulo: segundo hallazgo.....	42
3. LAS EPILEPSIAS REFLEJAS	43
4. LA EPILEPTOGÉNESIS	55

5. LA HIPERIA	59
Concepto de <i>hiperia</i>	59
¿Qué nos quiere decir la hiperia?.....	61
Mi concepción personal de la hiperia.....	63
La hiperia, ¿nociva o saludable?.....	64
6. HACIA UNA NUEVA PSIQUIATRÍA	75
El sistema psiquiátrico actualmente vigente	75
La falacia de la psiquiatría neurotransmisora	76
La epidemia psiquiátrica	78
Soplan vientos de cambio	82
¿Cuál es mi cuota de responsabilidad en la mala evolución del problema?	85
¿Cómo actuar con mi psiquiatra?.....	87
Psicosis reactivas <i>versus</i> psicosis endógenas	89
Ante un diagnóstico de trastorno bipolar o de esquizofrenia en una primera valoración psiquiátrica.....	92
Cuando el diagnóstico es de trastorno bipolar.....	93
Cuando el diagnóstico es de esquizofrenia.....	94
¿Existe la esquizofrenia?	99
A modo de epílogo	100
BIBLIOGRAFÍA.....	105

INTRODUCCIÓN

Hace ya más de quince años escribí un libro titulado *Éxtasis sin fe*.¹ En el mismo describía el proceso investigador que me llevó a plantear la existencia de una función mental hasta hoy no conceptualizada como tal, a la que he decidido llamar *hiperia*. Durante el estado hipérico accedemos a vivencias extraordinarias que nos transportan a un mundo diferente en el que todo es clarividente e inefable.

Por versar aquel libro sobre los resultados de una tesis doctoral que poco antes había defendido yo en la Universidad de Murcia,² el texto del mismo es académico y denso de leer. Ahora muchos pacientes y familiares, prisioneros del sistema psiquiátrico actualmente vigente, me insisten en que escriba una versión más asequible para ellos. Y me lo piden porque para ellos la hipótesis de la hiperia ha supuesto una interpretación de sus problemas psiquiátricos mucho más esperanzadora y reconfortante que la que les ofrece la psiquiatría tradicional.

1. ÁLVAREZ, J. *Éxtasis sin fe*. Madrid: Editorial Trotta, 2000.

2. ÁLVAREZ, J. *Mística y epilepsia*. Murcia, Universidad de Murcia, 1998.

Y es que no podía ser de otra manera, pues la hiperia concibe los síntomas en los que se basan los principales y más graves trastornos psiquiátricos, no solo como vivencias normales, sino incluso como beneficiosas.

Tendremos ocasión a lo largo de este libro de analizar con detalle lo que acabo de calificar como «sistema psiquiátrico actualmente vigente». De momento, adelantaré que hay, solo en España, unos dos millones de «pacientes» sufriendo un diagnóstico psiquiátrico grave. Y la mayoría de ellos, lejos de mejorar con el tratamiento farmacológico que se les aplica, evolucionan cada vez peor, habiéndose convertido sus vidas en un sufrimiento permanente al que no le ven final. Y junto a ellos, sus familiares —generalmente los padres del afectado, pues estos diagnósticos suelen recaer en personas muy jóvenes— compartiendo ese mismo infierno. Es decir, seis millones de personas perdidas en un laberinto psiquiátrico del que no saben cómo salir.

Pensando en todas esas personas implicadas y concernidas por el problema psiquiátrico escribo de este libro, que espero les resulte útil y agradable de leer.

De poco serviría escribir miles de páginas acerca de la hiperia si la existencia de esa función cerebral no es mínimamente creíble. Por ello los cuatro primeros capítulos del libro versan sobre el proceso investigador que me llevó a proponer su existencia, pues son los numerosos e importantes descubrimientos que fui encontrando a lo largo de esa —para mí— apasionante aventura, los que dan consistencia y credibilidad a la nueva concepción psiquiátrica que se deriva de la hipótesis de la hiperia.

En el quinto capítulo explico el concepto de *hiperia* y el significado de la misma. Analizo además las relaciones entre hiperia y psiquiatría, centrándome en el significado más esperanzador que adquieren los síntomas de los principales trastornos psiquiátricos a partir de dicha hipótesis.

En el sexto y último capítulo trazo las líneas generales de lo que podría ser una Nueva Psiquiatría, con recomendaciones concretas acerca de cómo abordar el acto psiquiátrico por parte de cada uno de sus protagonistas.

El lector que lo desee puede comenzar la lectura por el capítulo quinto y sexto para conocer primero qué es la hiperia y las consecuencias de la misma sobre la psiquiatría y sus actuales diagnósticos, y volver luego a los cuatro primeros capítulos, donde encontrará las razones y los argumentos que me llevaron a postular la existencia de esta función mental.

Para finalizar esta introducción, quiero dar las gracias a cuantas personas me han ayudado en la confección de este libro, muy especialmente a mis «pacientes» y a sus familiares, que tanto me han enseñado. Y también a Iria Álvarez, a Eugenia García, a Marián Martínez-Osorio, a Javier García, a Juan Álvarez y a Sergio Álvarez: su colaboración en forma de lecturas, relecturas, correcciones, sugerencias, etc., me fue muy útil.

LA MELANCOLÍA Y LA BIPOLARIDAD EN SAN JUAN DE LA CRUZ

Mi situación vital

Como El Dante en la *Divina Comedia*, me encontraba yo completamente perdido «nel mezzo del camin de la mia vita»: acababa de cumplir los cuarenta y vivía, no para mí, sino para la galería. Por aquellos años todo mi afán era tener éxito profesional y que los demás lo reconociesen. Ese objetivo parecía haberlo alcanzado y era un médico con buena reputación en la ciudad en la que ejercía mi profesión. Pero mi existencia se había convertido en un verdadero tormento para mí. Sin saber muy bien por qué, llevaba años sufriendo enormemente.

Todo lo que hacía, y cuanto pensaba y discurría por mi mente, me generaba una angustia y una desazón cuyo origen ni yo mismo alcanzaba a comprender. Difícilmente podrían, pues, entender ese penoso estado de ánimo quienes me rodeaban. Así que no me quedaba más remedio que vivir ese infierno a solas.

Internamente presentía que el origen del problema radicaba en esa vida de escaparate que llevaba, la cual implicaba haber dejado a un lado las inclinaciones espirituales que desde la adolescencia, si no desde que tengo uso de razón, iban dentro de mí.

Se imponía dar un vuelco a mi vida. Retomé la meditación asidua, la cual, por cierto, ya nunca he abandonado. Tras muchos meses, quizá un par de años, tomé la decisión: dejaría la consulta privada y me iría a vivir al campo. Me costó trabajo convencer a mi esposa que, con dos hijos adolescentes, lo veía muy complicado. Pero finalmente aceptó.

Ya en el retiro de Palazuelo inicié un nuevo estilo de vida: vida de soledad, de silencio, de contacto con la naturaleza, de meditación y oración, de ejercicio físico regular, de lectura y estudio... Cual otro Íñigo de Loyola, a menudo me preguntaba «¿qué género de vida es este que agora comenzamos?».

Y fue entonces cuando conocí a las Carmelitas Descalzas de León, quienes me enseñaron a saborear los escritos de San Juan de la Cruz (1542-1591). Y leyendo al fraile carmelita, concretamente su obra en prosa *Noche oscura*, se produjo lo que para mí fue un gran descubrimiento, el cual dio origen a todo este proceso investigador.

La depresión melancólica en San Juan de la Cruz

Lo he dicho muchas veces y lo repetiré ahora pues creo que es una información muy valiosa: cualquier psiquiatra o persona que tenga conocimientos de psicopatología y que lea los quince primeros capítulos del libro segundo de *Noche oscura* de San Juan de la Cruz, de inmediato constatará que el autor describe allí una depresión melancólica con todo lujo de precisiones y detalles.

Antes de proseguir, es necesario explicar ya al lector qué se entiende en psiquiatría por *depresión melancólica*. El término

melancolía fue acuñado por la medicina griega hace ya más de dos mil quinientos años —y todavía perdura hoy— para referirse a una peculiar forma de depresión. El prestigioso y reconocido psicopatólogo alemán Karl Jaspers la describe así:

El núcleo de la depresión melancólica lo constituye una tristeza tan profunda como inmotivada, a la que se agrega un enlentecimiento de todo el acontecer psíquico, que se vive de modo muy doloroso. Todos los movimientos instintivos están inhibidos, el enfermo no siente placer por nada. El impulso disminuido para el movimiento y la actividad se convierten en inmovilidad completa. No toma ninguna decisión, no es capaz de iniciar ninguna actividad. Al enfermo no se le ocurre nada, se queja de su memoria profundamente caída, siente su incapacidad de rendimiento y lamenta su insuficiencia, su insensibilidad, su vacuidad. Su profunda tristeza hace que el mundo le parezca gris, indiferente y desconsolado. De todo lo que ven y sienten estos enfermos extraen lo desfavorable, lo desdichado. En el pasado han tenido muchos motivos de culpa (autorreproches, ideas de pecado), el presente sólo les ofrece desgracias y el porvenir aparece espantoso ante ellos.³

Pues bien, este es precisamente el cuadro que relata San Juan de la Cruz en *Noche oscura*. Para mí fue un hallazgo tan sorprendente que sentía la necesidad de comentarlo con todas las personas de mi entorno: mi esposa, mis hijos, mi hermano, las carmelitas, amigos y compañeros de trabajo:

—Juan de Yepes conocía la depresión melancólica. Y la describe tan bien que todo inclina a pensar que él mismo experimentó esos episodios de sufrimiento inenarrable.

3. JASPERS, K. *Psicopatología General*. Buenos Aires: Editorial Beta, 1973, p. 684.

Los que me escuchaban no daban credibilidad a mi relato. Las carmelitas al principio se escandalizaban. Alguno de mis colegas me decía que eso era una majadería... una locura. Pero yo volvía a leer y releer aquellos quince capítulos y cada vez lo tenía más claro. Le di muchas vueltas al tema: paseando, haciendo *footing*... ¡Incluso en la meditación ese pensamiento asaltaba a menudo mi mente!

La idea de que San Juan de la Cruz había padecido depresiones melancólicas se me imponía como una verdad evidente... como una intuición certísima a la que yo intentaba resistirme mediante razonamientos lógicos. Pero era inútil: esa convicción resultaba cada vez más clara y más potente para mí.

Inicio del proceso investigador

Con esa casi absoluta certeza comencé a hacer mis primeras búsquedas bibliográficas. Para mi asombro descubrí que lo que a mí se me había ocurrido, ya lo habían pensado y descrito con detalle otros muchos autores antes que yo, algunos de ellos destacados especialistas en la obra de San Juan de la Cruz: Jean Baruzzi, Henri Delacroix, Laignel-Lavastine, Elisabeth Ott, Mireille Mardon, Denis Turner, Mary Meadow... De entre todos ellos merece la pena destacar la siguiente cita de Mireille Mardon, psiquiatra argelino-francesa, en su tesis doctoral presentada en la Facultad de Medicina de Marsella en el año 1982:

La mayoría de los puntos evocados por los psicopatólogos a propósito de la melancolía coinciden con las descripciones que ofrece San Juan de la Cruz sobre la vivencia de la noche del espíritu.

Son tantos los rasgos comunes a ambas experiencias que nos colocan ante una analogía desconcertante.⁴

También a mí me impactó esta «analogía desconcertante».

Comparación de la noche pasiva del espíritu y la depresión melancólica

Toca, pues, hacer un análisis comparativo de lo que los místicos llaman *purificación pasiva del espíritu* y los psiquiatras *depresión melancólica*. Intentaré que este análisis sea lo menos tedioso posible, pero es imprescindible abordarlo si queremos comprender el hilo de esta investigación. Para ello emplearé citas literales de psicopatólogos y psiquiatras de reconocido prestigio mundial, las cuales iré comparando con otras de esos primeros capítulos del libro segundo de *Noche oscura*.

Respecto a la *etiología* o *causa* de la depresión melancólica, Kurt Schneider —otro prestigioso psicopatólogo y psiquiatra alemán— dice:

Parece provenir del interior del organismo y actuar a través de lo somático. No depende de factores ambientales, sino que evoluciona de forma relativamente independiente de todas esas circunstancias.⁵

Precisamente porque parecen tener su origen en el interior del organismo se llaman también *depresiones endógenas*. Respecto

4. MARDON, M. *Les épreuves spirituelles de la nuit de l'esprit selon St. Jean de la Croix et leurs rapports avec la mélancolie*. Marseille: Service de reprographie de la Faculté de Pharmacie de Marseille, 1982.

5. SCHNEIDER, K. *Patopsicología Clínica*. Madrid: Editorial Montalvo, 1970, p. 79.

a esta naturaleza endógena de la noche pasiva del espíritu San Juan de la Cruz afirma:

Conviénele al alma entrar en la segunda noche del espíritu, donde le han de hacer caminar en oscura y pura fe. Es *una oscura influencia de Dios* en el alma en que de secreto enseña Dios al alma sin ella hacer nada ni entender cómo.⁶

En cuanto a la *clínica* o *manifestaciones psíquicas* a que da lugar este tipo de depresión, todos los autores destacan la *tristeza vital* como síntoma cardinal de la misma. He aquí de nuevo a Kurt Schneider especificando las características de esta clase de tristeza:

Frente a la «tristeza por algo», tenemos la «tristeza por nada» de la depresión melancólica. No es una tristeza normal, sino una vivencia enraizada en lo más profundo del ser y que lo afecta globalmente.⁷

San Juan de la Cruz se refiere a ese enraizamiento vital con las siguientes palabras:

Las tinieblas que aquí padece son profundas y horribles y muy penosas, porque, como *se sienten en la profunda sustancia del espíritu, parecen tinieblas sustanciales*.

Ante un sufrimiento tan incomprensible y tan carente de fundamento que el propio sujeto no sabe a qué achacarlo, el psiquiatra francés Henry Ey —mejor que de *tristeza*— prefiere hablar de *dolor moral*,⁸ pues lo característico es que todas las vi-

6. SAN JUAN DE LA CRUZ. *Obras completas*. Madrid: BAC, 1991, p. 524.

7. SCHNEIDER, K. *Op. c.*, 1970, p. 79.

8. EY, H. *Tratado de Psiquiatría*. Madrid: Ediciones Toray-Masson, Barcelona, 1969, p. 238.

vencias que discurren por la mente del sujeto son experimentadas con intenso sufrimiento psíquico. Pues bien, nuestro «fraile de sandalias y escasa figura» nos ofrece repetidas y muy precisas descripciones de este dolor moral:

Porque, verdaderamente cuando esta contemplación purgativa aprieta, sombra de muerte y gemidos de muerte y dolores de infierno siente el alma muy a lo vivo.⁹

De tal manera pena en su flaqueza, que poco menos desfallece; porque el sentido y el espíritu, así como si estuviese debajo de una inmensa y oscura carga, está penando y agonizando tanto que tomaría por alivio y partido el morir.¹⁰

El dolor es tanto que nunca faltan los deseos de muerte, es decir, las *ideas de suicidio pasivo* en este tipo de depresión: «está penando y agonizando tanto que *tomaría por alivio y partido el morir*».

Junto a la tristeza vital o dolor moral que acabamos de describir, el segundo síntoma cardinal de las depresiones melancólicas es la tremenda *inhibición psicomotriz*: todas las funciones mentales están paralizadas y el sujeto no es capaz de pensar, ni de recordar, ni de sentir, ni de actuar... Todas sus funciones psíquicas están completamente bloqueadas. Fray Juan describe así esta inhibición psíquica:

Desnúdales de las potencias y afecciones y sentidos, así espirituales como sensitivos, así exteriores como interiores, dejando a oscuras el entendimiento, y la voluntad a secas, y vacía la memoria, y las afecciones del alma en suma aflicción, amargura y aprieto.¹¹

9. SAN JUAN DE LA CRUZ. *O. C.*, 1991, p. 530.

10. *Ibid.*, p. 529.

11. *Ibid.*, p. 525.

La inhibición psicomotriz alcanza su punto máximo en el llamado *estupor melancólico*, en el que, como dice Henri Ey:

El enfermo está absolutamente inmóvil: no habla, no come, no hace ningún gesto ni movimiento. Su cara se mantiene fijada en una expresión de dolor y desesperación.¹²

También el autor de *Noche oscura* alude a este estado de estupor en los siguientes términos:

Tiene no sólo esto, sino muchas veces tales enajenamientos [...] que se pasan muchos ratos sin saber lo que se hizo, ni qué pensó, ni qué es lo que hace, ni qué va a hacer, ni puede advertir, aunque quiera, a nada de aquello en que está.¹³

El tercer síntoma definidor de la depresión endógena son las *ideas de culpa y autodesvalorización*, que aparecen en prácticamente todas estas depresiones: el enfermo tiene el convencimiento de que toda su vida pasada fue un cúmulo de errores y maldades y se siente fuertemente culpable por ello. Respecto a la temática de esa culpa, dice Kurt Schneider:

El delirio de culpa del melancólico se estructura siempre en torno a una de las tres angustias primordiales de la humanidad: el alma, el cuerpo y las necesidades materiales de la vida.¹⁴

De esas tres angustias fundamentales, la salud física y la falta de bienes materiales carecían de importancia para nuestro pequeño fraile, por lo que sus ideas delirantes de culpa van a girar siempre en torno a la relación de su alma con Dios, que es lo único que a él verdaderamente le importa:

12. EY, H. *Op. cit.*, 1969, p. 246.

13. SAN JUAN DE LA CRUZ. *O. C.*, 1991, p. 536.

14. SCHNEIDER, K. *Op. cit.*, 1970, p. 199.

Porque viendo el alma aquí claramente por medio de esta pura luz (aunque a oscuras) su impureza, conoce claro que no es digna de Dios ni de criatura alguna; y lo que más le pena es [que piensa] que nunca lo será, y que ya se le acabaron sus bienes.¹⁵

Esta convicción de haber sido definitivamente apartado y condenado por Dios es completamente absurda para cualquier cristiano, pues supone negar la misericordia divina siempre dispuesta a perdonar. Y más absurda si cabe en un hombre al que todos tenían por ejemplo cristiano virtuoso. Son pensamientos, por tanto, que adquieren la categoría de ideas delirantes, es decir, de creencias irrefutables para el sujeto que las experimenta pero absurdas para quienes lo rodean.

La *evolución* de las depresiones melancólicas se caracteriza por fases que irrumpen en la vida del sujeto de forma inmotivada y lo afectan globalmente. Al cabo de unas semanas o meses, tal como vino —sin causa aparente que la explique— la fase remite y el sujeto vuelve a la normalidad. El número de fases varía mucho de un sujeto a otro: desde una sola a una sucesión innumerable de ellas a lo largo de la vida.

Pues bien, demostrando un conocimiento magistral de estas depresiones melancólicas, San Juan de la Cruz alude también a esta evolución fásica en los siguientes términos:

Y así es que cuando más segura está y menos se cata, vuelve a tragar y absorber al alma en otro grado peor y más duro, oscuro y lastimero que el pasado, el cual dura otra temporada por ventura más larga que la primera.¹⁶

15. SAN JUAN DE LA CRUZ. *O. C.*, 1991, p. 529.

16. *Ibid.*, p. 535.

Respecto a esta evolución por fases, el psiquiatra alemán Eugen Bleuler hace la siguiente puntualización:

Los enfermos juzgan con objetividad sus fases depresivas anteriores, pero no la actual, a la que consideran como algo «completamente distinto» a las precedentes y ya sin posibilidad de remisión o cura.¹⁷

También encontramos esta precisa observación en *Noche oscura*:

Y aquí el alma otra vez viene a creer que todos sus bienes están acabados para siempre; que no le basta la experiencia que tuvo del bien que gozó después del primer trabajo para dejar de creer en este segundo aprieto está ya todo acabado.¹⁸

Hasta aquí la comparación entre la depresión melancólica y la purificación pasiva del alma... la «noche oscura», como prefería llamarla Fray Juan.

Interpolaciones de alivios

Continuamos un poco más, todavía dentro de esos primeros capítulos del libro segundo de *Noche oscura*, y nos topamos con la siguiente afirmación:

Es la purgación más o menos fuerte y de más o menos tiempo. Mas, si ha de ser algo de veras, por fuerte que sea, dura algunos años, puesto que en estos medios hay *interpolaciones* de alivios.¹⁹

He destacado en letra cursiva el término «interpolaciones» por la importancia del hecho: en 1980, y con ocasión de la publica-

17. BLEULER, E. *Tratado de Psiquiatría*. Madrid: Espasa-Calpe, 1971, p. 498.

18. SAN JUAN DE LA CRUZ. *O. C.*, 1991, p. 535.

19. *Ibid.*, p. 534.

ción de la tercera edición del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (más conocido por sus siglas en inglés como el DSM-3), la American Psychiatric Association (APA) cambió la denominación de *psicosis maníaco-depresiva* por la de *trastorno bipolar*, para referirse a la alternancia en un mismo individuo de fases de inhibición melancólica con fases de exaltación maníaca. Pues bien, adelantándose nada menos que cuatrocientos años a la APA, el Místico de Fontiveros introdujo el término *polaridad* para referirse a esta alternancia de fases de inhibición y tristeza con fases de exaltación y gozo.

En psiquiatría se denomina *manía* al cuadro clínico opuesto a la melancolía, tal y como podemos comprobar en esta concisa descripción de Karl Jaspers:

La *manía* está caracterizada por una alegría y una euforia originaria, sin motivo y desbordante. Y por una modificación del funcionamiento psíquico en la dirección del acrecentamiento de las posibilidades de asociación. El sujeto se siente, corporal y espiritualmente, muy sano y vigoroso. Todo es brillante, todo es del mejor modo posible.²⁰

Esta alternancia de fases de manía y de melancolía en una misma persona aparece descrita con profusión y lujo de detalles en *Noche oscura*. Así, en el capítulo décimo nos adelanta ya:

Será bueno salir de estas cosas tristes del alma y comenzar ya a tratar del fruto de sus lágrimas y de sus propiedades dichosas.²¹

20. JASPERS, K. *Op. cit.*, 1973, p. 684.

21. SAN JUAN DE LA CRUZ. *O. C.*, 1991, p. 546.

¿Y en qué consisten estos frutos dichosos? En primer lugar nos aclara que, al igual que los pasados sufrimientos, los amorosos gozos ahora recibidos son también de naturaleza pasiva y sin motivo aparente:

Siéntese aquí el espíritu apasionado en amor mucho, porque esta inflamación espiritual hace pasión de amor; que, *por cuanto este amor es infuso, es más pasivo que activo*, y así engendra en el alma pasión fuerte de amor.²²

En estos éxtasis amorosos el sujeto experimenta un gozo y un bienestar inefables:

Comunica Dios al alma grandes cosas de sí, hermoosándola de grandeza y majestad y arreándola de dones y virtudes. Y en este dichoso día comiéndole un estado de paz y de deleite y de suavidad de amor en el que no hace otra cosa sino cantar las grandezas de su amado.²³

Pero es en su lograda y sublime poesía donde Fray Juan consigue una expresión más lograda de esas vivencias que, por su propia naturaleza, son inexpresables:

¡Ay!, ¿quién podrá sanarme?
Acaba de entregarte ya de vero;
no quieras enviarme
de hoy más ya mensajero,
que no saben decirme lo que quiero.
Y todos cuantos vagan
de ti me van mil gracias refiriendo
Y todos más me llagan,

22. *Ibid.*, p. 546.

23. *Ibid.*, p. 645.

Y déjame muriendo
Un no sé qué que quedan balbuciendo.²⁴

Con ese balbuceante «qué... que... que», el Poeta intenta acercarnos a la inefabilidad de la dichosa hermosura que todas y cada una de las criaturas producen en él.

Igualmente nos hacemos una idea de lo que allí se experimenta con la siguiente estrofa de su poema *En una noche oscura*:

Quedéme y olvidéme,
el rostro recliné sobre el Amado;
cesó todo y dejéme,
dejando mi cuidado
entre las azucenas olvidado.²⁵

Y es que, como dice Marcel Proust, «un hombre situado fuera del tiempo, ¿qué podría temer ya del futuro?». ²⁶ Ya no hay cuidado, ni temor, ni otra preocupación alguna para quien ha traspasado la frontera del tiempo.

San Juan de la Cruz concibe la purificación pasiva del alma como un proceso de limpieza en el que las alternancias de gozos y penas no concluyen hasta que se haya alcanzado una absoluta purgación del alma:

Aunque el alma se goza muy anchamente en estos intervalos si advierte que queda una raíz de impureza, ésta no deja tener el gozo cumplido y presto vuelve a embestirla la dolorosa purificación.²⁷

24. *Ibid.*, p. 133.

25. *Ibid.*, p. 107.

26. PROUST, M. *El tiempo recobrado*. *TheVirtualLibrary.org*, p. 113.

27. *Ibid.*, p. 545.

Solo cuando la purificación se ha completado cesará este tiovivo emocional, para quedar finalmente el sujeto en un estado perenne de beatitud y placidez que es indicativo de que su espíritu ha entrado ya en el estado definitivo de unión con Dios.

Y para rematar ya este capítulo sobre San Juan de la Cruz, y por si guardase alguna relación con lo dicho hasta aquí, doy cuenta de un dato de su biografía que queda oscuro y que es enigmático para mí: ¿por qué se quemaron la mayor parte de las cartas que había escrito a lo largo de su vida: «una talega llena»,²⁸ según se refiere en los procesos de beatificación?

La explicación dada al efecto —«me mandaron lo quemara todo porque no fueran a manos del Visitador»—²⁹ es del todo inconvincente: todo el mundo consideraba improcedente y fuera de lugar el ensañamiento con el que el Visitador Fray Diego Evangelista, «un mozo de poca prudencia y colérico»,³⁰ persiguió a Fray Juan en los últimos meses de su vida, tratando de reunir pruebas que lo desacreditasen para poder expulsarlo de la orden. Cuantos habían convivido con el futuro santo, tanto sus superiores como sus subordinados, destacaban el ejemplo de vida cristiana que había sido siempre para todos ellos. Así pues, la excusa de que esas cartas pudieran caer en manos de Diego Evangelista y denigrar con ellas a su cofrade, no parece consistente ni suficiente para explicar la desaparición de casi todas sus cartas.

28. *Ibid.*, p. 199.

29. *Ibid.*, p. 199.

30. VICENTE RODRÍGUEZ, J. *San Juan de la Cruz. La biografía*. Madrid: San Pablo, 2012, p. 828.

¿Por qué, entonces, se quemó toda su abundante correspondencia? ¿Acaso se consideró necesario ocultar algún dato biográfico que aparecía reflejado en esos escritos y que podría poner en peligro su proceso de beatificación? ¿Aludiría el propio San Juan de la Cruz a sus padecimientos melancólicos en alguna de las cartas que escribió a su muy admirada compañera de reforma, Santa Teresa de Jesús? ¿A quién se refería la Reformadora del Carmelo cuando afirma?:

Yo conozco algunas personas que no les falta casi nada para del todo perder el juicio; mas tienen almas humildes y tan temerosas de ofender a Dios que, aunque se están deshaciendo en lágrimas, no hacen más de lo que les mandan.³¹

Yo soy completamente lego en la materia, pero dejo ahí ese interrogante por si puede ser de interés para alguno de los investigadores sanjuanistas que siguen dándole vueltas a la todavía incompleta biografía del Santo de Fontiveros.

Conclusión del capítulo: primer hallazgo relevante

Creo que con la información suministrada queda claro que lo que los psiquiatras llaman *trastorno bipolar*, por un lado, y los místicos *purificación* o *noche pasiva del espíritu*, por otro, son un único y mismo proceso en el que aparecen idénticas manifestaciones psíquicas. Pero la interpretación que hacen los psiquiatras de esta alternancia de fases melancólicas y maníacas es completamente diferente, por no decir opuesta, a la que hace el místico: para aquellos es una simple enfermedad que debilita

31. SANTA TERESA DE JESÚS. *Obras completas*. Madrid: BAC, 1986, p. 701.

y daña al sujeto, mientras que para San Juan de la Cruz es una beneficiosa influencia divina que purifica el alma para, así, poderse unir con Dios.

He aquí, pues, el primer dato importante que apunta en la dirección de la hipótesis de la hiperia y que da credibilidad a la misma: el que es unánimemente considerado Primer Poeta de la Lengua Española, interpreta el trastorno bipolar como un proceso positivo y deseable que nada tiene que ver con una enfermedad.

LA EPILEPSIA

Fiebre investigadora

Mi mente bullía con el importante descubrimiento del capítulo anterior. La explicación del trastorno bipolar como un proceso purificador me resultaba mucho más atractiva que la del trastorno mental. Este importantísimo hallazgo fue el inicio de una etapa de investigación que durará varios años. Además de sus obras completas, leo cuantas biografías de Juan de Yepes caen en mis manos. Estudio a fondo la mística de diferentes religiones, centrándome sobre todo en la cristiana, pero sin olvidar otras. Me sorprende constatar algo que ya siempre había barruntado: todos los místicos, sea cual sea la época en la que han vivido y la cultura o la religión a la que han pertenecido, tienen similares experiencias, hablan con las mismas palabras y llegan a las mismas conclusiones.

Necesito conocer la biografía y la obra de numerosos místicos. De algunos ya sabía algo: San Pablo, San Agustín, San Ignacio de Loyola, Santa Teresa de Jesús... Otros, en cambio, eran completamente nuevos para mí: el Maestro Eckhart y sus discípulos Juan Tauler y el Beato Suso; Ibn Abbad de Ronda, Santa Catalina de Génova, Juan José Surin, Madame Guyon, Simone Weil...

De todas esas lecturas pude sacar otra conclusión de sumo interés: esas experiencias psíquicas extraordinarias e inefables las han vivido no solo los místicos, sino también innumerables filósofos, científicos, literatos, músicos, pintores, ensayistas y personajes geniales en general, sin que estos autores les hayan conferido valor patológico sino que, por el contrario, las consideraron como vivencias positivas que a menudo constituyeron el punto de partida de su obra creadora.

Con toda esta riada informativa hirviendo y dando vueltas en mi cabeza, de pronto surge ante mí un segundo importante hito en mi camino investigador: solo hay una «enfermedad» o entidad clínica que permitiría explicar e incluir dentro de ella las múltiples manifestaciones psíquicas que relatan todos estos personajes a lo largo de la historia: *la epilepsia*.

La enfermedad sagrada

Los antiguos —mesopotámicos, griegos, romanos e incluso todavía en nuestra Edad Media— concebían los ataques epilépticos como una fuerza divina que, de repente y durante unos instantes, arrebatava al sujeto y lo transportaba a un mundo sobrenatural. Esa es la razón por la que durante siglos la epilepsia fue conocida con el nombre de *morbus sacer* o *enfermedad sagrada*.³²

Este carácter sagrado de la epilepsia confería a quienes la tenían la categoría de seres superiores capaces de comunicarse con la

32. HIPÓCRATES. *Tratados Hipocráticos*, vol. I, Madrid: Gredos, Madrid, 1983, pp. 387-421.

divinidad. Así, en Mesopotamia los epilépticos eran separados del resto de la comunidad y gozaban de un trato distinguido y privilegiado. Y en la Grecia clásica, Platón nos recuerda que:

En uno sólo de estos raptos la profetisa de Delfos y las sacerdotisas de Dodona obraron muchos beneficios privados y públicos para Grecia y, por el contrario, en sus momentos de cordura pocos o ninguno.³³

Esta misma concepción perduraba todavía en la República de Roma, de tal modo que cuando un senador sufría un ataque epiléptico, se suspendía la sesión del Senado a la espera de conocer el posible mensaje que ese compañero de legislatura había recibido de la divinidad.

Al oír la palabra *epilepsia* muchos lectores la asociarán con esos ataques generalizados en los que el epiléptico pierde bruscamente la conciencia y cae al suelo como un peso muerto. Inmediatamente todo su cuerpo es sacudido por convulsiones y sacudidas de tal magnitud que con frecuencia ocasionan la fractura de alguno de sus miembros. No es raro que el paciente se orine o incluso defeque durante la crisis. Es tan llamativo y sobrecogedor este ataque generalizado que quien lo haya presenciado alguna vez difícilmente puede olvidarlo.

La explicación neurofisiológica de este ataque es la siguiente: mientras estamos despiertos y haciendo una vida normal solo están activadas una pequeña porción de nuestras neuronas cerebrales. Pero en el momento del ataque generalizado todas ellas se ponen de acuerdo —se sincronizan— para activarse a la vez:

33. PLATÓN. *Obras Completas*. Madrid: Aguilar, 1986, pp. 863-875.

se ha producido una *hipersincronía* neuronal masiva y todas nuestras neuronas se encienden al unísono, lo que se traduce en esa descarga epiléptica generalizada.

Pero esta crisis epiléptica generalizada que acabo de describir es solo una de las mil formas que puede adoptar la epilepsia. Frente a ella tenemos las crisis epilépticas parciales, en las que la hipersincronía neuronal afecta, no ya a todo el cerebro, sino a una porción del mismo. Las manifestaciones de estas descargas parciales son muy diversas, en función de que se activen unas áreas cerebrales u otras.

Para nuestra investigación nos interesan solo aquellas crisis parciales en las que la hipersincronía es lo suficientemente limitada como para que el sujeto pueda recordar las vivencias que ha tenido durante la crisis y luego nos las pueda contar: son las denominadas crisis parciales simples.

¿Y qué es lo que experimenta el sujeto en el momento de iniciarse una de estas crisis parciales simples? ¿Qué ocurre en su mente durante esos breves instantes? ¿Qué cambios se producen en su psiquismo?

Las crisis parciales simples

Durante una crisis parcial simple la conciencia habitual de vigilia, es decir la que tenemos mientras estamos despiertos, es sustituida por una conciencia onírica, o sea, la que tenemos mientras estamos soñando. El sujeto de pronto comienza a soñar despierto y todo sucede como si en su mente se estuviese desarrollando un sueño al que él asiste como espectador. Lo

que experimenta durante esos breves instantes que dura la crisis tiene las características y los rasgos propios de un sueño.

En primer lugar, y como ocurre en los sueños, se produce una *profunda distorsión de la vivencia del tiempo*, de tal manera que en un instante se pueden desarrollar en la mente tal cantidad de hechos que en estado de vigilia se necesitarían varias horas o incluso días para experimentarlos. Fiódor Dostoievski (1821-1881), el genial epiléptico y novelista ruso, describe así esta distorsión del tiempo en su novela *Los endemoniados*:

—Acuérdese usted del cantarillo de Mahoma, que no tuvo tiempo de verterse en tanto él, a caballo, anduleaba todo el Paraíso. El cántaro... son esos mismos cinco segundos; recuerda demasiado su armonía de usted, pero Mahoma era epiléptico. Cuídese, Kirilov, contra los ataques.³⁴

El segundo rasgo definidor de la crisis parcial simple es el carácter de *automatismo* o *pasividad* de todas las vivencias que se experimentan durante la misma. Es decir, aparecen en la mente del sujeto de forma completamente ajena a su voluntad: no puede hacer nada para detenerlas, ni siquiera modificarlas, sino simplemente observarlas y asistir a ellas como un espectador asiste a una obra de teatro. Justamente lo que ocurre durante cualquier sueño.

El tercer elemento que caracteriza estas crisis es la *enorme intensidad de la vivencia*, algo que también es habitual en los sueños. Durante este estado de conciencia la atención se focaliza exclusivamente en la vivencia que en esos momentos discurre por

34. DOSTOIEVSKI, F. *Obras Completas*, vol. II, Aguilar, Madrid, 1990, 1459.

la mente, la cual adquiere una claridad tan extraordinaria que Dostoievski la califica de «iluminación cegadora»:

Recordó los síntomas que anunciaban los ataques de epilepsia tantas veces sufridos. En plena crisis de angustia, de opresión, de atontamiento, le parecía que de repente le ardía el cerebro y que todas las fuerzas vitales de su ser adquirirían un ímpetu prodigioso. En aquellos momentos, fugacísimos, el sentido, la consciencia de la vida se multiplicaban en él. El corazón y el espíritu se le iluminaban con una claridad cegadora. Toda su agitación, sus dudas, sus angustias, culminaban en una gran serenidad hecha de alegría, de armonía, de esperanza que le llevaba al total conocimiento, a la comprensión de la causa final, al minuto sublime. Pero aquellos momentos radiantes, aquellos relámpagos de intuición, presagiaban el instante decisivo que precedía al ataque.³⁵

Habitualmente este diferente y repentino modo de vivenciar se experimenta con fuerte asombro y extrañeza, siendo este otro rasgo muy característico de la vivencia epiléptica. Como dice Henri Ey, «es como la irrupción repentina de otro mundo en el mundo familiar».³⁶

Este sentimiento de extrañeza se da en los adultos y es lógico que así sea pues ellos han aprendido ya que el estado habitual de conciencia mientras estamos despiertos es la conciencia vigil, de tal modo que si de repente irrumpe en su mente una conciencia diferente no pueden sino preguntarse con estupor:

«—¿Qué me está pasando, qué está ocurriendo en mi cabeza? ¿Habré perdido el juicio... me estaré volviendo loco?»

35. *Ibid.*, pp. 256-257.

36. Ey, H. *Études Psychiatriques*. Paris: Desclée de Brouwer, 1954, t. III, p. 546.

Pero no sucede lo mismo en los niños, pues el niño no sabe todavía diferenciar entre conciencia vigil y conciencia hipersincrónica, siendo para él los dos estados completamente naturales y pudiendo, por tanto, pasar de uno a otro sin la más mínima señal de asombro. La literatura nos ofrece bellos ejemplos de la espontaneidad con la que el niño vive estos cambios de conciencia. Así, Hildegarda de Bingen (1098-1179, célebre médica, escritora, compositora musical y mística renana, nos da cuenta de la inocencia con la que, siendo niña y adolescente, compartía sus vivencias hipersincrónicas con cuantos quisieran escucharlas:

Cuando tenía ocho años, tuve una conversación espiritual con Dios y hasta la edad de quince años tuve muchas visiones y hablaba espontáneamente de ellas. Y los que me escuchaban quedaban asombrados.³⁷

Las crisis parciales simples pueden dar lugar a cualquier modalidad de experiencia psíquica imaginable. Depende únicamente de en qué zona de la corteza cerebral se produzca la descarga o activación neuronal. De toda esa amplísima gama de posibles vivencias epilépticas, aquí vamos a centrarnos únicamente en las que nos interesan para nuestro estudio: los accesos de gozo y pena, a menudo virando en una misma persona, las alucinaciones y las cogniciones delirantes.

La alternancia de estados emocionales opuestos los analizamos ya en la obra de San Juan de la Cruz. Pero aparece igualmente descrita en la obra de otros numerosos autores. Por ejemplo, San

37. MIGNE, J. P. *Patrologia* CXCVII. París: Petit Montrouge, 1855, pp. 102-103.

Ignacio de Loyola (1491-1556) nos deja en su *Autobiografía* este bello ejemplo de repentinos e inexplicables virajes de gozos y sequedades:

Mas luego después de la susodicha tentación empezó a tener grandes variedades en su alma, hallándose unas veces tan desabrido, que ni hallaba gusto en el rezar, ni en el oír misa, ni en otra oración ninguna que hiciese; y otras veces viniéndole tanto al contrario desto, y tan súbitamente, que parecía habersele quitado la tristeza y la desolación, como quien quita una capa de los hombros a uno.³⁸

Igualmente la encontramos en la obra de autores que no guardan relación alguna con la espiritualidad y la mística. Por ejemplo, el genial novelista francés Marcel Proust (1871-1922), en su célebre episodio de la magdalena, ofrece un bello ejemplo de estado melancólico que repentinamente se transforma en una alegría sublime e inexplicable:

Un día de invierno, al volver a casa, mi madre, viendo que yo tenía frío, me propuso que tomara, en contra de mi costumbre, una taza de té. Primero dije que no, pero luego, sin saber por qué, volví de mi acuerdo. Mandó mi madre por uno de esos bollos, cortos y abultados, que llaman magdalenas, que parece que tienen por molde una concha de peregrino. Y muy pronto, abrumado por el triste día que había pasado y por la perspectiva de otro tan melancólico por venir, me llevé a los labios una cucharada de té en el que había echado un trozo de magdalena. Pero en el mismo instante en que aquel trago, con las migas del bollo, tocó mi paladar, me estremecí, fija mi atención en algo

38. SAN IGNACIO DE LOYOLA. *Autobiografía y Diario Espiritual*. Madrid: BAC, 1992, 75-76.

extraordinario que ocurría en mi interior. Un placer delicioso me invadió, me aisló, sin noción de lo que lo causaba. Dejé de sentirme mediocre, contingente y mortal. ¿De dónde podría venirme aquella alegría tan fuerte? Me daba cuenta de que iba unida al sabor del té y del bollo, pero le excedía en mucho, y no debía de ser de la misma naturaleza.³⁹

Juan Ramón Jiménez (1881-1958), premio Nobel de literatura en 1956 y sobre quien recientemente se ha publicado una tesis doctoral en la que se postula que padecía una depresión melancólica,⁴⁰ nos ofrece en estos seis logrados versos un ejemplo de tristeza que le fusiona y le comunica con la bóveda celestial:

¡Qué triste es amarlo todo,
sin saber lo que se ama!
Parece que las estrellas,
compadecidas me hablan;
pero como están tan lejos,
no comprendo sus palabras.⁴¹

Junto a los numerosos y bien documentados episodios depresivos que experimentó a lo largo de su vida el Poeta de Moguer, en su biografía aparecen otros de franca expansividad fuertemente sugerentes de un trastorno bipolar:

Al salir del hospital, a principios del año 1941, Juan Ramón se siente exultante, invadido por una «...fase casi febril de energía

39. PROUST, M. *En busca del tiempo perdido. 1. Por el camino de Swann*. Madrid: Alianza, 1972, pp. 60-61.

40. GARCÍA CASTRO, J. A. *Psicopatología y espiritualidad en la vida y obra de Juan Ramón Jiménez*. Universidad de Murcia, 2017.

41. JIMÉNEZ, J. R. *Segunda antología [sic] poética*. Madrid: Espasa Calpe, 1998, p. 102.

creadora», asaltado por la idea de componer un poema extenso en «fuga raudal» y «embriaguez rapsódica», una especie de raptó en el que el poeta semeja un médium en alta y divina comunicación.⁴²

Herman Hesse, en *El lobo estepario*, describe cómo un estado de ánimo triste se transforma, bajo el efecto de la música, en una mezcla de dolor y gozo que califica de «dolores bienaventurados»:

A veces, aunque raras, había también horas que traían hondas sacudidas y dones divinos, horas demoledoras, que a mí, extraviado, volvían a transportarme junto al palpitante corazón del mundo. Triste y, sin embargo, estimulado en lo más íntimo, procuré acordarme del último suceso de esta clase. Había sido en un concierto. Tocaba una antigua música magnífica. Entonces, entre dos compases de un pasaje pianísimo tocado por oboes, se me había vuelto a abrir de repente la puerta del más allá, había cruzado el cielo y vi a Dios en su tarea, sufrí dolores bienaventurados, y ya no había de oponer resistencia a nada en el mundo, ni de temer en el mundo a nada ya, había de afirmarlo todo y de entregar mi corazón.⁴³

Respecto a las vivencias alucinatorias durante la crisis parcial simple, hemos de aclarar primero que *alucinar* es percibir por alguno de los sentidos algo que no existe en el espacio exterior: no hay estímulo visual o auditivo real que explique esa percepción. La alucinación tiene, por definición y siempre, carácter delirante. Es decir, cuando alguien experimenta una alucinación vive esa escena como cierta e irrefutable, algo que resulta absurdo e increíble para los demás.

42. GARCÍA CASTRO, J. A. *Psicopatología y espiritualidad en la vida y obra de Juan Ramón Jiménez*. Murcia: Universidad de Murcia, 2017, p. 341.

43. HESSE, H. *El lobo estepario*. Madrid: Alianza, 1984, p. 35.

La bibliografía sobre la naturaleza epiléptica de las alucinaciones es abundantísima. Me limitaré a reseñar lo que dice el psiquiatra Henri Ey sobre esta materia:

Las alucinaciones epilépticas más frecuentes son las visuales, tales como visiones de paisajes o escenas familiares en las que aparecen personas interactuando. En cuanto a las alucinaciones del oído, las más complejas consisten en músicas elaboradas acompañadas del consiguiente efecto placentero, o también voces que hablan al paciente.⁴⁴

Los testimonios de los espirituales sobre alucinaciones visuales y auditivas —ellos las llaman *visiones* y *audiciones*— son también muy numerosos. Saulo de Tarso (5-10 a. C.-58-67 d. C.), más conocido entre nosotros como el apóstol San Pablo, relata en su *Segunda epístola a los Corintios* el siguiente episodio en el que se encuentra en el paraíso, donde oye palabras misteriosas:

Yo sé de un cristiano que hace catorce años fue arrebatado hasta el tercer cielo; con el cuerpo o sin cuerpo, ¿qué sé yo? Dios lo sabe. Lo cierto es que ese hombre fue arrebatado al paraíso y oyó palabras arcanas, que un hombre no es capaz de repetir; con el cuerpo o sin cuerpo, ¿qué sé yo? Dios lo sabe.⁴⁵

San Ignacio de Loyola describe en su *Autobiografía* la siguiente alucinación visual:

Le acaeció muchas veces en día claro ver una cosa en el aire junto de sí, la cual le daba mucha consolación, porque era muy hermosa en grande manera [...] tenía forma de serpiente, y tenía

44. EY, H. *Op. c.*, t. III, 1954, p. 532.

45. SCHÖKEL, A. y MATEOS, J. *Nueva Biblia Española*. Madrid: Ediciones Cristiandad, 1975, p. 1805.

muchas cosas que resplandecían como ojos, aunque no lo eran. Él se deleitaba mucho y consolaba en ver esta cosa; y cuantas más veces la veía tanto más crecía la consolación.⁴⁶

Pero encontramos episodios alucinatorios igualmente en la obra de autores profanos. Así, Jean Jacques Joseph Moreau de Tours (1804-1884), en su magnífico libro *Du haschish et de l'aliénation mentale*, describe el siguiente episodio alucinatorio experimentado por él mismo:

Una noche me encontraba yo en el salón reunido con mis amigos más íntimos. Alguien había tocado el piano, lo que había contribuido poderosamente a exaltar todas mis facultades. En un determinado momento, sin saber por qué, todas mis ideas y mis recuerdos me transportaron a Oriente. Hablaba con entusiasmo de las diferentes regiones que había recorrido; contaba algunos episodios de mis viajes por aquella zona empleando una increíble matización de palabras. En el momento de describir mi salida del Cairo camino del Alto Egipto, me detuve de repente gritando: «¡Escuchad, escuchad, se oye la canción de los marineros remando en el Nilo: *Al bedaoui, al bedaoui!*» Se trataba de una alucinación en toda la acepción de la palabra, porque yo oía de manera real los cantos que, antaño, tan frecuentemente había escuchado.⁴⁷

Muy significativo también es esta experiencia alucinatoria de Manuel García Morente (1886-1942), tras escuchar una obra de Berlioz, titulada *L'enfance du Christ*:

46. SAN IGNACIO DE LOYOLA. O. C., 1992, p. 74.

47. <https://www.nuevapsiquiatria.es/wp-content/uploads/2016/07/El_hachis_y_la_enfermedad_mental.pdf>, p. 59.

Y así, poco a poco, se fue agrandando en mi alma la visión de Cristo hombre clavado en la cruz, en una eminencia dominando un paisaje de inmensidad, una infinita llanura pululante de hombres, mujeres y niños sobre los cuales se extendía los brazos de nuestro Señor crucificado. Y los brazos de Cristo crecían, crecían y parecían abrazar a toda aquella humanidad doliente y cubrirla con la inmensidad de su amor.⁴⁸

En cuanto a las *ideas delirantes primarias*, se trata de ideas o pensamientos que súbitamente se instalan en la conciencia y lo hacen con tal intensidad que el sujeto no puede sino vivirlo como algo, no solo cierto, sino irrefutable. Según Henri Ey se asemejan a «intuiciones inefables que se resisten a ser reducidas a conceptos».⁴⁹ Estas vivísimas intuiciones comportan un estado de verdadera iluminación. Los ejemplos son interminables. Por ejemplo este de san Ignacio de Loyola, que tuvo lugar a orillas del río Cardoner en Manresa y que por su claridad y belleza me parece muy significativo:

Y yendo así, en sus devociones, se sentó un poco con la cara hacia el río, el cual iba hondo. Y estando allí sentado, se le empezaron a abrir los ojos del entendimiento; y no que viese alguna visión, sino entendiendo y conociendo muchas cosas, tanto de cosas espirituales como de cosas de la fe y de letras; y esto con una ilustración tan grande, que le parecían todas las cosas nuevas.⁵⁰

O este otro del poeta, dramaturgo y novelista Théophile Gautier (1811-1872):

48. Citado por MELLONI, J. *Perspectivas del Absoluto*. Madrid: Herder, 2018, p. 174.

49. EY, H. *Estudios sobre los delirios*. Madrid: Editorial Triacastela, 1998, p. 90.

50. SAN IGNACIO DE LOYOLA. *O. C.*, 1992, pp. 82-83.

Jamás me había invadido una beatitud parecida; me sentía de tal manera disuelto en el vacío, tan ausente de mí mismo, tan liberado del yo, esa especie de odioso testigo que te acompaña a todas partes, que por primera vez comprendí cómo podía ser la existencia de los espíritus elementales, de los ángeles y de las almas separadas del cuerpo.⁵¹

Todas estas vivencias que aparecen durante las crisis parciales simples son diagnosticadas como epilepsia cuando existe un electroencefalograma que permita asegurar la descarga neuronal. En todos los demás casos, es decir, cuando no se ha podido hacer ese registro, estas vivencias son etiquetadas como síntomas de diferentes trastornos psiquiátricos, siendo los más frecuentemente diagnosticados el trastorno bipolar, el trastorno esquizofrénico y el trastorno límite de personalidad.

Conclusión del capítulo: segundo hallazgo

Este capítulo proporciona un nuevo e importante dato con respecto a la verosimilitud y credibilidad de la hipótesis de la hiperialia: los autores que hemos ido citando a lo largo de este capítulo, tanto creyentes como agnósticos, han experimentado estas vivencias hipersincrónicas sin que ellos las hayan interpretado como algo patológico, sino positivas y fuente de creatividad.

51. Citado por Ey, H. *Op. c.*, t. III, 1954, p. 311.

LAS EPILEPSIAS REFLEJAS

Siendo yo una persona muy ignorante de casi todo, el hallazgo de las epilepsias reflejas fue para mí un descubrimiento muy grato y sorprendente. Y digo eso porque el estudio de esta modalidad de epilepsias aporta, como enseguida vamos a comprobar, otras dos informaciones muy importantes para nuestra investigación.

Las *epilepsias reflejas* son crisis epilépticas, en todo similares a las que hemos venido estudiando hasta aquí, pero con la particularidad de que son la respuesta a determinados estímulos. Los ataques, por tanto, aparecen ahora al exponerse el sujeto a una situación concreta. Hay fuertes evidencias de que este tipo de epilepsias tienen un componente constitucional o hereditario.⁵²

Los estímulos que pueden provocar una crisis epiléptica refleja son muy variados, ya sean simples (una luz, un sonido, un olor, un sabor, etc.) o complejos (reír, pensar, jugar al ajedrez, evocar una palabra, etc.).

52. HARDING, G. F. y JEAUVONS, P. M. *Photosensitive Epilepsy*. Londres: Mac Keith Press, 1994, p. 29.

Las más frecuentes son las *epilepsias fotosensitivas*, en las que el ataque es desencadenado por una luz intermitente. El conocimiento de estas epilepsias ha experimentado un notable progreso desde la aparición de las pantallas de televisión, cuya luz parpadeante constituye el estímulo visual que con más frecuencia desencadena este tipo de crisis.

A este respecto, merece la pena recordar el llamativo suceso ocurrido a mediados del año 1998 en Japón: centenares de niños tuvieron que ser hospitalizados a causa de crisis epilépticas desencadenadas a consecuencia de un programa de dibujos animados en el que aparecían escenas de luces y colores intensamente parpadeantes. La epidemia fue de tal envergadura que las autoridades japonesas se vieron obligadas a suspender inmediatamente la citada serie de televisión.

Encontramos estas crisis fotosensitivas profusamente descritas en muchos místicos, artistas, filósofos y científicos a lo largo de toda la historia. Así, el zapatero y teósofo Jacob Böhme (1575-1624) «fue conducido a la visión última de la Naturaleza mientras contemplaba el reflejo de la luz sobre el fondo oscuro de una vasija de estaño». ⁵³

El novelista romántico francés Stendhal (1783-1842), en *La cartuja de Parma*, aporta otro bello testimonio de crisis fotosensitiva:

Oscurecía y serían algo más de las ocho de un atardecer de verano. Por el lado opuesto hacia poniente un encendido crepúsculo dibujaba perfectamente las líneas negruzcas del monte Viso, así

53. ANDREU RODRIGO, A. «Introducción». En: BÖHME, J. *Aurora*. Madrid: Alfabuara, Madrid, 1979, p. 74.

como de otros picachos de los Alpes, que elevándose en Niza, corren hacia el monte Cenís y Turín. Ante semejante espectáculo, Fabricio casi olvidó sus desventuras, quedando sumido en un delicioso éxtasis.⁵⁴

Juan Ramón Jiménez compone esta breve y significativa estrofa en la que la luz del atardecer despierta en él sentimientos de fusión y de eternidad:

¡Inflámame, poniente: hazme perfume y llama;
¡que mi corazón sea igual que tú, poniente
descubre en mí lo eterno, lo que arde, lo que ama, ...
y el viento del olvido se lleve lo doliente!⁵⁵

Finalmente, Herman Hesse relata esta crisis fotosensitiva en su novela *Demian*:

Una vez quedé sobrecogido. Mi compañero había arrojado al fuego un pedacito de resina, del que surgió una llama esbelta, en la que creía ver el pájaro de mi dibujo, con su amarilla cabeza... hilos ardientes formando caprichosas redes... letras y figuras... recuerdos...⁵⁶

Muy frecuentes también son las *epilepsias musicógenas*: la hiper-sincronía neuronal se activa ahora al oír una música. La capacidad de la música para despertar vivencias extáticas es un hecho destacado por muchos autores a lo largo de la historia. San Agustín (354-430) en las *Confesiones* detalla esta descripción de crisis musicógena:

54. STENDHAL. *La cartuja de Parma*. Barcelona: Bruguera, 1972, pp. 342-343.

55. JIMÉNEZ, J. R. *Selección de poemas*. Madrid: Castalia, Madrid, 1987, p. 95.

56. HESSE, H. *Demian*. México: Editores Mexicanos Unidos, 1985, pp. 188-189.

¡Cuánto lloré también oyendo los himnos y cánticos que para alabanza vuestra se cantaban en la iglesia, cuyo suave acento me conmovía fuertemente y me excitaba a devoción y ternura! Aquellas voces se insinuaban por mis oídos y llevaban afectos de piedad, que me hacían derramar copiosas lágrimas, con las cuales me hallaba bien contento.⁵⁷

Por su parte, Santa Teresa de Jesús nos ofrece este otro significativo ejemplo de epilepsia musicógena en forma de raptó melancólico:

Anoche, estando con todas, dijeron un cantarillo de cómo era recio sufrir vivir sin Dios. Como estava ya con pena, fue tanta la operación que me hizo, que se me comenzaron a entomecer las manos, y no bastó resistencia, sino que, como salgo de mí por los arrobamientos de contento, de la mesma [*sic*] manera se suspende el alma con la grandísima pena, que queda enajenada, y hasta hoy no lo he entendido.⁵⁸

Recordemos la ya citada crisis musicógena de Herman Hesse mientras escuchaba un concierto:

Tocaba una antigua música magnífica. Entonces, entre dos compases de un pasaje pianísimo tocado por oboes, se me había vuelto a abrir de repente la puerta del más allá, había cruzado el cielo y vi a Dios en su tarea, sufrí dolores bienaventurados, y ya no había de oponer resistencia a nada en el mundo, ni de temer en el mundo a nada ya, había de afirmarlo todo y de entregar mi corazón.⁵⁹

57. SAN AGUSTÍN DE HIPONA. *Confesiones*. Barcelona: Plaza & Janés, 1961, p. 346.

58. SANTA TERESA DE JESÚS. *Obras Completas*. BAC, Madrid, 1986, p. 598.

59. HESSE, H. *Op. c.*, 1984, pp. 34-35.

Pero el autor que más reiteradamente hace referencia a crisis musicógenas es el filósofo rumano Emil Cioran (1911-1995). Repite una y otra vez en sus obras que la música despierta en el cerebro experiencias súbitas que se acompañan de la viva impresión de fusión con la Verdad. Usa reiteradamente términos tales como «revelaciones místicas», «embriaguez divina», «canto cósmico» para referirse a ellas. Concibe el ritmo y la melodía como la esencia de la vida y las citas en este sentido se suceden una y otra vez:

Vivir en perpetua exaltación, hechizado y enloquecido en medio de una borrachera de melodías, de una embriaguez de divinas sonoridades, ser yo mismo música de esferas, una explosión de vibraciones, un canto cósmico y una elevación en espiral de resonancias. Los cantos y la tristeza dejan de ser ya dolorosos en esta embriaguez y las lágrimas se vuelven ardientes como en el momento de las supremas revelaciones místicas.⁶⁰

Y, por último, he aquí otro ejemplo de crisis musicógena, esta vez de la joven mística y escritora francesa Simone Weil (1909-1943), todo él rezumando saudade y melancolía:

Con este estado de ánimo y en unas condiciones físicas miserables, llegué a ese pequeño pueblo portugués, que era igualmente miserable, sola, por la noche, bajo la luna llena, el día de la fiesta patronal. El pueblo estaba al borde del mar. Las mujeres de los pescadores caminaban en procesión junto a las barcas; portaban cirios y entonaban cánticos, sin duda muy antiguos, de una tristeza desgarradora. Nada podría dar una idea de aquello. Jamás he oído algo tan conmovedor, salvo el canto de los sirgadores del

60. CIORAN, E. M. *El libro de las quimeras*. Barcelona: Tusquets, 1996, p. 11.

Volga. Allí tuve de repente la certeza de que el cristianismo era la religión de los esclavos, de que los esclavos no podían dejar de adherirse a ella, y yo entre ellos.⁶¹

Por cierto, ¿quién de nosotros no ha experimentado emociones sublimes escuchando ciertas piezas musicales? Tan sublimes que a menudo nos hacen llorar con «lágrimas dulces». Sí, las emociones que experimentamos en esos momentos son tan desbordantes e inexplicables que necesitamos aliviarlas en forma de llanto dulce. Yo casi siempre que oigo la canción de Joaquín Sabina *Aves de paso*, sin saber por qué, me invade una nostalgia inefable que acaba desbordándose en llanto consolador.

Otro estímulo que con frecuencia desencadena crisis reflejas es la *hiperventilación*. Hiperventilar es respirar excesivamente, es decir, por encima de las necesidades del cuerpo. El efecto epileptógeno de la hiperventilación está tan demostrado que es una de las técnicas usadas en electroencefalografía para salir de dudas acerca de si en el electroencefalograma se ha registrado actividad epiléptica o no. Pues bien, multitud de personas hoy, para mantenerse en forma, realizan un ejercicio físico que conlleva esa hiperventilación.

Yo mismo, cuando era más joven solía correr entre veinte y veinticinco kilómetros tres o cuatro días por semana. Con bastante frecuencia, al finalizar la carrera —muy especialmente cuando la interrumpía bruscamente— experimentaba una serie de llamativos cambios en mi psiquismo: junto a una sensación de debilidad y mareo, los objetos luminosos de mi entorno

61. WEIL, S. *A la espera de Dios*. Madrid: Trotta, 1993, p. 40.

—luces de las farolas de la calle, carteles publicitarios luminosos, el propio sol— perdían su nitidez y los percibía con una especie de halo que giraba y se retorció en torno a ellos. Esta distorsión visual me sugería, invariablemente, el cuadro *La noche estrellada* de Vincent Van Gogh y cada vez que me ocurría ese fenómeno mi reflexión era siempre la misma: «—¡Van Gogh experimentó estas mismas distorsiones visuales que en estos momentos tengo yo!»

Por cierto, Vincent pintó este cuadro cuando se encontraba ingresado en el Asilo Saint Paul de Mausole a causa de sus problemas mentales.

Más interés para nuestro estudio tienen las *epilepsias reflejas afectivas*. Los estímulos afectivos que pueden desencadenar estas crisis son muy diversos. Tenemos, en primer lugar, las suscitadas por *una palabra cargada de afecto*. Suele tratarse de una palabra que el sujeto ha repetido muchas veces y que, de ese modo, ha adquirido un significado especial para él. Son los famosos *mantras* de las religiones orientales. Entre todos ellos, ninguno tan conocido como el sonido *OM*, de cuyos especiales efectos sobre la mente el Swami Chidambaram asegura:

Repita el sonido de base que yo le doy y que será su palabra de poder, OM. Concéntrese sobre esta palabra que existe desde el comienzo [...]. Concentre su mente sobre este sonido agradable, considerado como el verbo por el cual fueron creados los mundos, la raíz de todo lenguaje, el fin de la visión.⁶²

62. Citado por VAN LISEBETH, A. *Perfecciono mi yoga*. Barcelona, Pomaire, 1968, p. 51.

Por su parte Siddartha —el protagonista de la novela de Hermann Hesse del mismo nombre— relata el siguiente episodio de iluminación al escuchar dicho mantra:

Con el rostro desencajado clavó su vista en el agua. En ese instante sintió una voz llegar desde lugares remotos de su alma. Era una palabra, una sílaba que repetía maquinalmente una voz balbuciente: el sagrado *Om...* lo perfecto. De repente despertó su espíritu adormecido y reconoció la necedad de su intención. Y de nuevo volvió a tener conciencia de Brahma. Pero ese momento tan sólo duró un segundo, como un rayo.⁶³

Igual que los mantras en Oriente, también la cultura religiosa occidental ha cultivado la repetición de palabras o frases breves como método eficaz para alcanzar la iluminación: son las *jaculatorias*, que se repiten una y otra vez con vistas a despertar la vivencia mística. Ángela de Foligno nos ofrece el siguiente ejemplo:

Una vez estaba yo en la celda donde me había recluso para hacer cuaresma más rigurosa; meditaba y saboreaba una palabra del evangelio, que inspiraba la mayor compasión y dilección. Al punto tuve una visión en la cual me fue dicho... que si entendiera aquella carta tendría tanto deleite que cuando la comprendiera bien olvidaría todas las cosas del mundo. Al instante comprendí los bienes divinos con tanto deleite que olvidé todas las cosas del mundo y a mí misma.⁶⁴

También Santa Teresa de Jesús da cuenta de un significativo caso de crisis desencadenada por la meditación de la palabra:

63. HESSE, H. *Siddartha*. Barcelona: Bruguera, 1976, pp. 105-106.

64. ÁNGELA DE FOLIGNO. *Libro de la Vida*. Salamanca: Sígueme, 1991, p. 39.

Una manera hay que, estando el alma —aunque no sea en oración— tocada con alguna palabra que se acordó u oye de Dios, parece que su Majestad desde lo interior del alma hace crecer la centella que dijimos ya. Y así limpia, la junta consigo sin entenderlo nadie sino ellos dos.⁶⁵

Pero entre todas las epilepsias reflejas las que merecen más atención, por su enorme importancia histórica, médica y cultural, son sin duda las *epilepsias reflejas desencadenadas por sustancias psicodélicas*. También conocidas con el nombre de *sustancias enteógenas* —del griego: *en-theos*, es decir, *en-dios*— esta denominación hace referencia a la facultad que poseen estos compuestos químicos para, sacándonos del tedio de la vida ordinaria, «endiosarnos» y ponernos en contacto con lo divino. No es de extrañar, pues, que el uso del alcohol, del opio, del hachís, de la mescalina... se pierda en la noche de los tiempos.

No es cuestión de seguir cansando aquí al lector con interminables citas, pero aportaré dos descripciones destacadas que sobre esta modalidad de crisis epilépticas nos han dejado ilustres literatos. El ensayista, poeta y biógrafo británico J. A. Symonds (1840-1893) describe el siguiente episodio bajo el efecto del cloroformo:

Quando el ahogo y la asfixia pasaron, al principio me sentía en un estado de total turbación. Pensé que estaba cerca de la muerte cuando, de repente, mi alma se apercibió de Dios, que estaba tratando conmigo manifestamente, palpándome, por así decir, con

65. SANTA TERESA DE JESÚS. *O. C.*, 1986, p. 536.

una realidad presente personal e intensa. Lo sentí derramándose sobre mí como luz. No puedo describir el éxtasis que sentí.⁶⁶

Aldous Huxley (1894-1963) en su obra *Las puertas de la percepción* hace un detallado e interesante análisis del uso de estas sustancias. Entre otros aciertos geniales, Huxley inicia su obra con la cita de otro gran artista inglés, el poeta y pintor William Blake (1757-1827), quien en su obra *El matrimonio del cielo y del infierno* escribe:

Si las ventanas de la percepción estuviesen limpias, cada cosa aparecería al hombre como es, infinita.⁶⁷

De las innumerables vivencias extáticas que Huxley experimentó bajo el efecto de la mescalina, merece la pena reseñar la siguiente:

Me vinieron a las mientes palabras tales como Gracia y Transfiguración [...]. La Visión Beatífica, *Sat Chit Ananda*, Ser-Conocimiento-Bienaventuranza. Por primera vez comprendía, no al nivel de las palabras, no por indicaciones incoadas o a lo lejos, sino precisa y completamente, a qué hacían referencia estas prodigiosas sílabas.⁶⁸

Con lo dicho hasta aquí sobre las sustancias enteógenas parece suficiente para entender el efecto que las mismas producen en nuestro cerebro. Pero es necesario añadir dos observaciones importantes. En primer lugar, ¿por qué nuestras neuronas dispo-

66. Citado por JAMES, W. *Las variedades de la experiencia religiosa*. Barcelona: Península, 1994, pp. 293-294.

67. BLAKE, W. *El matrimonio del cielo y del infierno*. elaleph.com, 2000, p. 20.

68. HUXLEY, A. *Las puertas de la percepción*. Madrid: Edhasa, 1992, p. 18.

nen de receptores específicos para que actúen en ellos cada una de estas sustancias enteógenas? ¿Cuál es la razón por la que el cerebro ha ido elaborando, poco a poco y a lo largo de miles de años, todo este complejo sistema de transmisores y receptores que abren nuestra conciencia a lo Universal? ¿Por qué y para qué? No parece que esta larga y paciente preparación de nuestro sistema nervioso central para producir vivencias enteógenas sea algo meramente casual.

El segundo hecho importante que se desprende de lo dicho hasta aquí sobre las epilepsias reflejas es que las mismas son educables y se pueden potenciar. Es decir, usando las herramientas adecuadas podemos provocar en nosotros esas vivencias prácticamente a voluntad. Precisamente esto es lo que nos enseñan los místicos de todos los tiempos, sea cual sea su cultura o la religión que profesen.

¿Acaso no usan en todos sus templos y monasterios luces intermitentes, ya sea en forma de velas titilantes o de vidrieras coloreadas cuyos tonos cromáticos cambian constantemente en función de la posición del sol? ¿No es sorprendente escuchar las mismas músicas sagradas que se repiten incesantemente, bien el monótono gregoriano de las iglesias cristianas, bien los monocordes cánticos de los monasterios tibetanos? ¿No hallamos en unos y otros similares mantras y jaculatorias e iguales inciensos y demás sustancias enteógenas?

Tanto da que entremos en una catedral gótica como en un milenario templo budista: en ambos espacios encontramos el empleo sistemático de los mismos estímulos hipersincronizantes. Y, por cierto, ¿no se podría decir otro tanto de las modernas

discotecas del siglo XXI, en las que igualmente hay una profusión de luces centelleantes y multicolores, de músicas rítmicas y de consumo de sustancias enteógenas?

Parece, pues, evidente que a lo largo de la historia los espirituales, los artistas, los filósofos y pensadores, y también muchas personas anónimas, han aprendido a manejar estos estímulos para suscitar en ellos esos estados de conciencia hipersincrónica, con la consiguiente aparición de experiencias psíquicas extraordinarias.

Conclusión del capítulo: otros dos importantes hallazgos en favor de la hiperia

El análisis de las epilepsias reflejas aporta otras dos argumentaciones de gran peso a favor de la hipótesis de la hiperia. En primer lugar, no se trata de una actividad casual o esporádica de nuestro cerebro, sino el fruto de millones de años de evolución durante los cuales el sistema nervioso central se ha ido preparando pacientemente para funcionar de este modo tan sofisticado.

Y, en segundo lugar, del análisis de este tipo de epilepsias se deduce que la función cerebral de la hiperia la poseemos todos. Y, más aún, al igual que el resto de funciones cognitivas de nuestro cerebro, tales como el aprendizaje o la memoria o la inteligencia, podemos educarla y potenciarla.

¿Por qué seguir hablando, entonces, de crisis epilépticas reflejas si todos las experimentamos, ya sea oyendo música, ya mediante el empleo de una sustancia psicodélica, ya viendo una puesta de sol o, incluso, espontáneamente?

LA EPILEPTOGÉNESIS

Puede que algún lector, probablemente ya cansado de tantas explicaciones científicas y de tanto tecnicismo, exclame:

—Y por si fuera poco lo que nos ha largado, ahora la ¿epilepto... qué?

Pero es necesario hacer este último esfuerzo. No podemos dejar fuera del libro este breve análisis de la *epileptogénesis*, es decir, del estudio de dónde, cómo, por qué y para qué surge la actividad epiléptica, pues el mismo va a aportarnos nuevos datos, y quizá los definitivos, a favor de la validez de la hipótesis de la hiperia.

Intentaré ser lo más breve posible y no voy a recurrir a más citas bibliográficas. Así que, a quien quiera profundizar en este tema le recomiendo el libro del prestigioso neurocirujano estadounidense Philip Schwartzkroin *Epilepsy: Models, Mechanisms and Concepts*.⁶⁹

Probablemente exista una gran variedad de hipersincronías neuronales, o actividades epileptiformes, en nuestro cerebro.

69. SCHWARTZKROIN, Ph. A. (ed.): *Epilepsy: Models, Mechanisms and Concepts*. Cambridge: Cambridge University Press, 1993.

Pero hay dos de ellas que están bastante bien estudiadas y delimitadas. Hay muchas evidencias de que estas dos actividades hipersincrónicas son diferentes pero, a la vez, interdependientes. Y lo que es más llamativo: son excluyentes al mismo tiempo. Es decir, son dos actividades que se necesitan la una a la otra, pero que no pueden estar funcionando a la vez.

A fin de ser lo más didáctico posible voy a llamar a la primera de estas actividades «hipersincronía-A» y a la segunda «hipersincronía-B». Pues bien, en su estado habitual de funcionamiento, nuestro cerebro no usa ninguna de estas dos actividades. Eso lo consigue manteniendo equilibrada la fuerza de ambas. Pero en un momento dado este equilibrio se desbalancea a favor de la «hipersincronía-A», la cual entra así en funcionamiento. La «hipersincronía-A» es siempre una hipersincronía parcial, es decir, solo se sincronizan determinadas áreas cerebrales, unas veces unas y otras veces otras, según sobre qué función cerebral vaya a actuar en ese momento. Y es que está demostrado que esta «hipersincronía-A» interviene en funciones tan importantes como el aprendizaje, el cual es indispensable para la supervivencia del individuo, o la sexualidad, la cual es imprescindible para la supervivencia de la especie.

Lo normal es que esta «hipersincronía-A» cese una vez que ha alcanzado su objetivo: por ejemplo, fijar un dato de memoria o posibilitar el orgasmo. Pero ocurre a veces que, estando todavía activa la «hipersincronía-A», entra en funcionamiento la «hipersincronía-B», la cual provoca un encendido generalizado de todas las neuronas del cerebro —un ataque epiléptico generalizado— el cual, lógicamente, pone fin a la «hipersincronía-A».

En resumen, hay muchas evidencias neurofisiológicas que apuntan a que las hipersincronías parciales, incluidas las crisis parciales simples de las que tanto hemos hablado en este libro, son completamente fisiológicas e incluso necesarias para determinadas funciones vitales. Y los ataques epilépticos generalizados que siguen a esas crisis parciales serían una consecuencia negativa, una especie de peaje que tenemos que pagar por esa sofisticada forma de funcionamiento cerebral. Dije antes que no iba a incluir en este capítulo citas de ningún autor, pero no me resisto a transcribir lo que afirma Michel Baudry sobre esta cuestión: «la posibilidad de que la epilepsia pueda representar un peligroso efecto secundario de un eficaz mecanismo de aprendizaje.»⁷⁰

Como ya indicábamos, la «hipersincronía-A» está muy implicada en el funcionamiento sexual. Las estrechas relaciones entre sexualidad y epilepsia son bien conocidas. No quiero abusar de la paciencia del lector, pero permítanme mencionar algo que muchos de ustedes, por estar tomando psicofármacos, ya saben y que Joaquín Sabina nos recuerda en su canción *Oiga, Doctor*:

Oiga, doctor,
Devuélvame mi excitación,
Llevo ya cinco meses sin una erección.
Oiga, doctor,
Que ya no se me empina,
Desde que me mandó
Tener cuidado con la nicotina.

70. BAUDRY, M. «Long-Term Potentiation and Kindling: Similar Biochemical Mechanisms?» En: DELGADO-ESCUETA, A. *et al.* (eds.). *Basic Mechanisms of the Epilepsies*. Nueva York: Raven Press, 1986, p. 401.

Y es que la mayoría de los fármacos psiquiátricos, al inhibir la «hipersincronía-A», dificultan la erección y producen *anorgasmia* o imposibilidad de llegar al orgasmo. Y ya termino: ¿alguna vez, querido lector, te has parado a pensar qué es el orgasmo? Pues simplemente eso: una hipersincronía neuronal tipo «A» durante la cual experimentas una vivencia extática, un estallido de placer indescriptible... ¡simplemente eso, una crisis parcial simple!

Conclusión del capítulo: último hallazgo trascendental

El estudio de la epileptogéneis proporciona otro hallazgo importantísimo de cara a otorgar validez y credibilidad a la hipótesis de la hiperia: numerosas evidencias neurofisiológicas apuntan a la existencia de una actividad hipersincrónica o epileptoide de nuestro cerebro, la cual constituye la base necesaria para llevar a cabo funciones que son imprescindibles para la supervivencia del individuo (el aprendizaje y la memoria) y de la especie (la sexualidad).

¿Por qué seguir, entonces, englobando esa actividad dentro del espectro de la epilepsia? ¿No sería más lógico buscar ya otro nombre para denominar esa actividad fisiológica y necesaria para la vida, desmarcándola así completamente del campo de la epilepsia, el cual tiene connotaciones de enfermedad?

LA HIPERIA

Concepto de *hiperia*

Ahora sí, ahora disponemos ya de todos los elementos necesarios para proponer la hipótesis de la hiperia. Desde un punto de vista estrictamente neurofisiológico, la hiperia puede definirse como una hipersincronía neuronal parcial durante la cual la conciencia ordinaria de vigilia es sustituida por una conciencia diferente, a la que propongo llamar *conciencia hipérica*.

Necesito en este momento deshacer un importante malentendido: bastantes personas que han leído artículos o visto vídeos sobre la hiperia, me acusan de reducir la esencia de este estado de conciencia a un simple encendido neuronal. Los que así piensan están equivocados: yo no concibo el encendido neuronal como la causa de la hiperia sino simplemente como la expresión en nuestro sistema nervioso central de que en esos momentos el sujeto se encuentra en estado de *conciencia hipérica*. Es decir, la hipersincronía no es la causante de la hiperia sino simplemente el efecto que esta produce en nuestro cerebro. Al igual que los cambios neuronales que aparecen en las áreas cerebrales durante el orgasmo no son la causa del mismo, sino la expresión cerebral de que esa persona está experimentando esa vivencia orgásmica.

La conciencia hipélica permite al sujeto acceder a vivencias psíquicas inefables y clarividentes. Ya sean cogniciones fulgurantes en forma de vivísimas intuiciones, ya sentimientos de gozo o pena inenarrables, ya emociones de ternura y misericordia infinitas, el sujeto se siente transformado en un ser dichoso e inmortal. Lo que allí conoce y aprehende son verdades absolutas e irrefutables para él. Y, además, tiene la certeza de que ese primer acceso a la conciencia hipélica marca un punto de inflexión en su vida: no sabe cuándo volverá a ocurrir, pero está seguro de que ese nuevo mundo al que ha tenido acceso por primera vez es una puerta que sigue allí para siempre y que antes o después puede volver a abrirse, tal y como nos aseguraba Herman Hesse: «Se me había vuelto a abrir de repente la puerta del más allá, había cruzado el cielo y vi a Dios en su tarea».⁷¹

El neologismo que he escogido para denominar esta función cerebral, *hiperia*, proviene del prefijo *hiper-* que el Diccionario de la Lengua de la Real Academia Española define como «elemento compositivo que entra en la formación de algunas voces castellanas con el significado de superioridad o exceso».⁷² Y precisamente es por ese carácter de *exceso* por lo que elegí este nombre. En la *hiperia* es todo *excesivo*: exceso de neuronas que se activan a la vez o hipersincronía neuronal; conciencia tan excesiva que el sujeto cree no poder soportar más allá de unos instantes; excesiva intensidad vivencial; emociones, visiones, audiciones e intuiciones tan excesivas que resultan prodigiosas e inenarrables para quien las vive.

71. HESSE, H. *Op. c.*, 1984, p. 35.

72. REAL ACADEMIA ESPAÑOLA. *Diccionario de la Lengua Española*. Madrid: Real Academia Española, 1970, 19ª edición, p. 711.

¿Qué nos quiere decir la hipericia?

¿A qué aluden los místicos, los artistas, los niños, los poetas, los filósofos... cuando relatan estas experiencias hipéricas? ¿Dónde se encuentran en esos instantes sus protagonistas?

Platón habla de «melodías que tienen capacidad de encandilar y muestran quiénes tienen necesidad de los dioses y de las iniciaciones». ⁷³ Eurípides afirma: «por medio de la música me remonté al empíreo sobre el mundo». ⁷⁴ San Pablo «fue arrebatado al paraíso y oyó palabras arcanas, que un hombre no es capaz de repetir». ⁷⁵ Mahoma «anduleaba por el paraíso». ⁷⁶ «Mi alma se apercibió de Dios», asegura J. A. Symonds. ⁷⁷ Para Dostoievski es un «minuto sublime». ⁷⁸ Marcel Proust asegura: «dejé de sentirme mediocre, contingente y mortal». Aldous Huxley emplea palabras tales como «Gracia y Transfiguración, Visión Beatífica, *Sat Chit Ananda*, Ser-Conocimiento-Bienaventuranza». ⁷⁹ Herman Hesse «vio a Dios en su tarea». ⁸⁰

Resulta sorprendente la enorme coincidencia de todos los autores a la hora de atribuir un significado espiritual a las vivencias hipéricas. Los místicos las conciben como el necesario proceso de purificación por el que ha de pasar el alma antes de llegar a

73. COLLI, G. *La sabiduría griega*. Madrid: Trotta, 1995, p. 75.

74. *Ibid.*, p. 137.

75. SCHÖKEL, A. y MATEOS, J. *Op. c.*, 1975, p. 1805.

76. DOSTOIEVSKI, F. *Op. c.*, vol. II, 1990, p. 145.

77. JAMES, W. *Op. c.*, 1994, p. 294.

78. DOSTOIEVSKI, F. *Op. c.*, vol. I, 1990, p. 257.

79. HUXLEY, A. *Op. c.*, 1992, p. 18.

80. HESSE, H. *Op. c.*, 1984, p. 35.

la unión con Dios. Sin llegar a una noción tan elaborada, los filósofos y los artistas —ya sean creyentes o manifiestamente agnósticos— se refieren a esas vivencias con sustantivos tales como *Belleza, Vida, Bien, Visión, Gracia, Dios, Absoluto, Ser...* ¡siempre con mayúscula! O con adjetivos tales como *divino, beatífico, celestial, cósmico, universal...*

También coinciden todos ellos en hablar de una expansión de la conciencia ordinaria que les hace sentirse fusionados con una conciencia infinita y universal. El sujeto tiene la impresión de que su conciencia expandida es capaz de abarcar todos los conocimientos del universo en un instante. De ahí que Bucke⁸¹ haya calificado este estado como *conciencia cósmica*. Jung echa mano de los *arquetipos colectivos*⁸² que todos llevamos en nuestro inconsciente para intentar explicar este fenómeno. Y Javier Melloni denomina *mundo imaginal*⁸³ a esta especie de puente de unión que la psique establece entre la dimensión física y la espiritual del hombre.

Poco más soy capaz de decir yo acerca de la *conciencia hipélica*. Los que aseguran haber traspasado esa línea divisoria que separa la materia del espíritu nos advierten de que lo allí vivido es inefable... ¡cuanto más inenarrable para quienes todavía no hemos podido acceder prácticamente nunca a esa otra ladera del horizonte!

81. BUCKE, R. «De la conciencia individual a la conciencia cósmica», *La experiencia mística* (ed. J. White). Barcelona: Editorial Kairós, 1980, p. 87.

82. JUNG, C. G. *Los arquetipos y el inconsciente colectivo*. Madrid: Trotta, 2000.

83. MELLONI, J. *Perspectivas del Absoluto*. Madrid: Herder, 2018, p. 127.

Por tanto, todo lo que puedo decir a partir de ahí no pasan de ser meras opiniones personales. Pero el hecho de que quienes han accedido a ese mundo espiritual, hayan dejado descripciones tan asombrosamente parecidas, es un dato que obliga a reflexionar.

Mi concepción personal de la hiperia

Personalmente, mi opinión es que la hiperia es el estado de conciencia que nos permite contactar con esa otra conciencia que todos llevamos dentro y que nos mantiene unidos con el Todo, con lo Universal, con lo Divino. Opino que el *Homo sapiens* está destinado a evolucionar a *Homo spiritualis*, y que la hiperia es la función psíquica que nos permite atravesar la frontera que separa lo físico de lo espiritual.

Vivimos en una sociedad secularizada en la que todo lo espiritual suena a anticuado, a negativo... ¡incluso a mentira y a falso! Un mundo en el que el *Homo sapiens*, dando la espalda a esa dimensión espiritual, se cree un dios casi todopoderoso capaz de conquistar el universo mediante sus avances económicos y tecnológicos. Disponemos hoy de tal cantidad de medios que la satisfacción de cualquier deseo material está prácticamente a nuestro alcance.

Paradójicamente, esta sociedad da la impresión de sentirse cada vez más insatisfecha pese a todos esos logros materiales que ha alcanzado. A mi juicio, este malestar proviene del abandono de esa dimensión espiritual, que es consustancial al propio ser humano. Hoy, sentir compasión ante el que sufre y abajarse a sufrir con él, se interpreta como una debilidad. Palabras como

piEDAD, ternura, misericordia... suenan hoy a debilidad. Estas actitudes se consideran hoy rancias y retrógradas.

Este abandono de todo lo que implica espiritualidad es, en mi opinión, la causa fundamental del hastío y de la insatisfacción que aqueja a esta sociedad postmoderna. Y eso es lo que nos quieren decir todos esos personajes que, experimentándola, nos la recuerdan una y otra vez: nos están avisando de que, o recuperamos el norte de nuestra espiritualidad, nuestra esencia mística, o seguiremos cada vez más perdidos y más confusos en esta especie de Torre de Babel que estamos construyendo y en la que ya casi nos resulta imposible entendernos unos a otros.

La hiperia, ¿nociva o saludable?

De cuanto antecede, ¿se deduce que a partir de ahora las vivencias hipéricas dejan de ser manifestaciones patológicas pertenecientes al campo de la psiquiatría para ser consideradas siempre naturales y funcionales?

Pues en principio, así debería ser. Es decir, cuando una persona experimenta un episodio hipérico en el que aparecen estas vivencias extraordinarias, en principio tendríamos que asumirlas y calificarlas como normales. Lo aclaro con un ejemplo, pues creo que es muy importante comprender bien lo que estamos tratando de dilucidar: imaginemos un adolescente que cada mañana oye la voz de su querida y recién fallecida abuela que le saluda dulce y cariñosamente. Si ese jovencito comenta con sus padres esas alucinaciones, inmediatamente lo llevan al psiquiatra y casi seguro que le cae un diagnóstico y un tratamiento psiquiátrico.

Pero si aceptamos la hipótesis de la hiperia, esos padres no deberían actuar de ese modo sino que tendrían que asumir esas alucinaciones auditivas de su hijo como completamente normales. E incluso beneficiosas, ya que al chico le reconfortan y le animan.

Por tanto, la norma ante estas producciones hipéricas sería considerarlas como normales y saludables. De ser siempre así, las dos grandes enfermedades de la psiquiatría —el trastorno bipolar y la esquizofrenia— habrían desaparecido y todas sus manifestaciones se considerarían fisiológicas y naturales. Las repercusiones sanitarias y sociales de tal cambio son de un calado casi inimaginable: cientos de millones de personas en todo el mundo dejarían de tener la consideración de enfermos mentales graves que tienen que tomar tratamientos farmacológicos de por vida, para convertirse en personas completamente normales.

Pero, ¿es esto así de simple? Es decir, ¿a partir de ahora, ante una persona que presente alucinaciones e ideas delirantes, nunca podremos diagnosticarla de trastorno psiquiátrico, sino que tendremos que afirmar siempre e ineludiblemente que son visiones y audiciones hipéricas de carácter beneficioso y favorable? Y otro tanto en el caso del trastorno bipolar: ¿hay que eliminar completamente este diagnóstico argumentando que se trata siempre de una beneficiosa alternancia de éxtasis gozosos y penosos?

Hablando de enfermedades humanas, las cosas no son tan sencillas y no vale esa tajante separación: «si es hiperia no es enfermedad y si es enfermedad no es hiperia». Una experiencia psíquica en principio saludable puede acabar generando tal sufrimiento

y alterando tanto la vida vida del sujeto, que acaba adquiriendo el carácter de patológica y generadora de enfermedad. En ese momento se da ese «modo aflictivo y anómalo de vivir»⁸⁴ que, como muy bien dice Laín Entralgo, es uno de los elementos necesarios para poder hablar de enfermedad humana.

Por ejemplo, supongamos que San Juan de la Cruz ante esa terrible y desconcertante «noche oscura» que experimentó hubiese dicho: «No aguanto más, no puedo ni quiero seguir soportando estas terribles embestidas que Dios me envía. Quiero que alguien me ayude a poner fin a este sufrimiento insopportable. Por favor, llévenme a un médico que me dé remedios para aliviarlas o suprimirlas».

Si el místico carmelita hubiese actuado así podríamos decir que nos hallamos ante un fenómeno patológico generador de ese «modo de vida anómalo y aflictivo» que empuja al sujeto a buscar la intervención de un médico. Pero no fue ese su caso: él aguantó ese proceso sin solicitar esa ayuda, interpretándolo en todo momento como una deseable purificación pasiva que Dios le enviaba.

El lector puede objetar que la decisión de si un proceso psíquico es una enfermedad o no, no puede quedar al libre albedrío de lo que opine sobre dicho proceso el sujeto que lo experimenta: o es una enfermedad o no lo es, pero no es el protagonista quien decide hasta dónde es normal y cuándo empieza a ser enfermedad.

84. LAÍN ENTRALGO, P. *Antropología Médica*. Barcelona: Salvat Editores, 1985, p. 224.

A los que así piensen yo les preguntaría, ¿el pensamiento es una enfermedad o no? Parece obvio que pensar no es una enfermedad, sino una función normal de nuestro cerebro. Y darle vueltas a una idea tampoco es una enfermedad. Todos lo hacemos a menudo. Pero si tengo un pensamiento tan repetitivo que, por más que lo intento, no soy capaz de apartarlo de mi mente y acaba convirtiéndose en una obsesión torturante de la que no puedo librarme ni un instante, y acabo pidiendo ayuda médica o psicológica para aplacar ese sufrimiento, ¿estamos entonces ante un trastorno psiquiátrico o no? Desde luego el psiquiatra o el psicólogo al que acuda no dudarán en diagnosticarme un trastorno obsesivo.

Acabamos de describir uno de los posibles escenarios que determina que un estado hipérico, en principio normal y saludable, se convierta en un estado patológico tributario de ayuda médica. Pero hay todavía otros dos supuestos en los que estas experiencias hipéricas pueden derivar en un trastorno psiquiátrico, el cual va a requerir un tratamiento, ahora ya no voluntario, sino forzoso.

El primero de estos dos supuestos se da cuando las vivencias que experimenta el sujeto lo llevan a protagonizar conductas que chocan abiertamente con el entorno y que distorsionan la normal convivencia con los demás, por lo que se le obliga a someterse a un tratamiento psiquiátrico.

Para ilustrar este supuesto me serviré del caso de un paciente al que tuve que atender y al que vamos a bautizar con el nombre de Abad. Un día, encontrándose en estado de franca exaltación maníaca y convencido de que él podría hacerlo mejor que na-

die, Abad se pone a dirigir el tráfico en una de las calles con más tránsito de su ciudad. Como era de esperar, a los cinco minutos se había organizado tal caos circulatorio que rápidamente tuvo que acudir la policía municipal para retirarlo de la calzada. Abad intentaba resistirse alegando que ellos eran unos ineptos que no sabían dirigir el tráfico y que lo que tenían que hacer era aprender de él.

Finalmente, los policías municipales, informados de que estaba diagnosticado de trastorno bipolar, deciden llevarlo al hospital, donde quedó ingresado en el servicio de psiquiatría. Pasados unos pocos días, cuando ya se daba cuenta de que su actuación había sido inadecuada, Abad explicaba el porqué de la misma: «En realidad es algo que yo ya había pensado muchas veces en estado normal: muchas señales de tráfico, lejos de ayudar, obstaculizan el tránsito de los coches. En esos casos una persona experta puede mejorar mucho la fluidez del tráfico. Y como ese día yo me sentía capaz de todo y nada se me ponía por delante, a la que vi un atasco de coches me vino esa idea a la cabeza, y sin pensarlo dos veces me lancé al ruedo».

Cuando yo conocí a Abad tenía veintiséis años y llevaba ya cuatro diagnosticado de bipolar, lo que motivó su exclusión de la Guardia Civil, quedando con una pensión contributiva aceptable. A los pocos meses su mujer decidió separarse de él: no tenían hijos. En una de las primeras entrevistas que tuve conjuntamente con él y con su padre, este me contó que la madre de Abad había sido diagnosticada también de trastorno bipolar cuando Abad era todavía un niño. Y que él la había cuidado y atendido desde entonces, y hasta que falleció, como si fuese

una persona incapaz de valerse por sí misma. Le recordaba a diario que tomase la medicación que tenía pautada de por vida y se encargaba él de hacer todas las tareas y gestiones del hogar. El padre me insistía en que estaba intentando cuidar a Abad de la misma manera, aunque el joven se resistía.

No habiendo tenido Abad nunca una fase melancólica, yo no estaba de acuerdo con el diagnóstico de trastorno bipolar y así se lo hice saber al padre. Me costó tiempo y esfuerzo convencerlo de que el tema del diagnóstico y el tratamiento de su hijo eran, a partir de ahora, una cuestión que solo nos incumbía a su hijo y a mí. Era un hombre bueno, razonable y disciplinado, así que acabó aceptando lo que le proponíamos. Y poco a poco fue dejando de estar todo el día pendiente de Abad y de tomar decisiones por él. Padre e hijo fueron haciéndose cada vez más independientes el uno del otro, pero sin perder nunca la buena relación entre ellos.

Hoy, más de veinte años después, Abad es un «expaciente» que lleva años sin tomar medicación y sin la menor señal de trastorno bipolar, salvo que en algunas épocas del año se siente un poco más eufórico o más decaído de lo habitual. Vive feliz con su segunda pareja y dedica el tiempo libre al ajedrez, disciplina que se le da muy bien y en la que ha logrado los primeros puestos en algunos campeonatos regionales. Por cierto, todos los años me llama una o dos veces para decirme que todo sigue bien y nunca se olvida de expresar el agradecimiento que siente hacia mí. Yo también lo siento hacia él, pues me enseñó mucho en esos años que estuvimos juntos.

Me he extendido un poco con la descripción del caso de Abad porque creo que nos ayudará para comprender lo que voy a decir ahora: la necesidad de una intervención psiquiátrica forzosa viene determinada, no solo por la intensidad de las vivencias hipéricas, sino también —y quizá en mayor medida— por la personalidad del sujeto y su capacidad para mantener esas experiencias bajo control, no permitiendo que las mismas lo dominen a él, sino él a ellas.

El propio Abad me comentaba que, siendo él todavía niño, observaba cómo su madre se escudaba a menudo en la enfermedad para no hacer frente a las tareas y vicisitudes diarias, lo cual, por lo demás, era favorecido por su marido que, como decía, la trataba como a una niña. Y Abad aprendió a actuar de la misma manera: usando a menudo su enfermedad como excusa para hacer lo que le venía en gana.

Si Abad, por el contrario, hubiese podido adquirir durante su infancia y su adolescencia una personalidad más fuerte, probablemente no hubiese cedido al impulso que le empujó a lanzarse en medio de la calle a dirigir el tráfico. De hecho, a medida que fue responsabilizándose de su problema psiquiátrico, estos movimientos impulsivos fueron poco a poco desapareciendo.

Lo que pretendo aclarar con este largo ejemplo es que la necesidad de tratamiento psiquiátrico ante un estado hipérico va a depender, no tanto de la intensidad de las vivencias, como de la personalidad más o menos frágil o inmadura de ese sujeto. Este punto lo considero muy importante y estoy convencido de que muchos fracasos terapéuticos provienen de no haber

sopesado y trabajado suficientemente la personalidad de base de esa persona hipélica.

Cabe todavía un tercer escenario en el que la experiencia hipélica acaba constituyendo un verdadero trastorno mental que requiere también un tratamiento médico forzoso. Por ejemplo, imaginemos un individuo que está atravesando una fase melancólica. El proceso es tan intenso que lleva ya varios días encamado y sin apenas ingerir alimentos. Los familiares hace tiempo que le vienen insistiendo en que debe ir al médico para que le trate la depresión que tiene. Pero como no tiene conciencia de que lo que le ocurre es una enfermedad, él se niega a aceptar ese consejo. Finalmente la situación es tan crítica, que la familia acaba llevándolo al hospital en contra de su voluntad.

Es este tercer supuesto de trastorno psiquiátrico a partir de un estado hipélico el que más dudas y reflexiones me plantea a mí: ¿se puede dejar que la evolución de una melancolía quede en manos del protagonista o, por el contrario, se debe intervenir y tomar la decisión en contra de su voluntad? ¿Cuándo ha llegado el momento de decirle al melancólico: «¡Basta!, lo aceptes o no, no puedes seguir así y te vamos a llevar al psiquiatra»?

Y lo digo porque he tenido ocasión de atender y tratar a muchos pacientes que se encontraban en esta situación que acabo de describir y su reacción, una vez que recuperan su estado de ánimo normal, me hace pensar que mientras estaban bajo el efecto de la melancolía no eran capaces de tomar decisiones adecuadas. En efecto, la sucesión de los hechos en estos casos es siempre la misma: durante semanas, incluso meses, parece que todo cuanto intentas hacer por ellos —escuchar las pocas

palabras que son capaces de pronunciar, animarlos, darles esperanza, simplemente acompañarlos— es inútil. Su respuesta ante esas intervenciones es siempre la misma: «Usted no puede ayudarme, doctor, lo mío no es una enfermedad. Usted no puede hacer nada por mí. Yo tengo que cargar con esta culpa mía para el resto de mi vida».

Pero curiosamente, cuando estos pacientes salen del estado de melancolía en el que se encontraban, todos ellos se muestran enormemente agradecidos por la paciencia que el médico ha tenido con ellos durante su proceso: «Doctor, si no hubiera sido por usted creo que nunca habría salido de aquel infierno. No sabe bien cuánto me ayudaron sus palabras de consuelo y ánimo cuando yo no era capaz de hacer nada por mí mismo. Cada vez que usted me decía que había que tener paciencia, que era una depresión y que antes o después saldría de ella, aunque yo no podía ni siquiera reaccionar a lo que usted me decía, aquellas palabras tuyas eran para mí enormemente valiosas pues me infundían un rayo de esperanza... el único consuelo que yo era capaz de experimentar en aquellos momentos».

He aquí la razón por la que la melancolía grave sigue generándose a mí tantas dudas respecto a si hay que intervenir, y en qué momento, para forzar un tratamiento psiquiátrico.

Cuanto hemos dicho acerca de la esquizofrenia y el trastorno bipolar es también válido para otros diferentes diagnósticos, muy especialmente el llamado *trastorno límite de la personalidad* (TLP), el cual está convirtiéndose también en una verdadera epidemia. Y con el agravante de que los resultados terapéuticos en este tipo de pacientes son muy pobres. Los tra-

tamientos farmacológicos en el TLP solo están indicados en momentos puntuales, por ejemplo para cortar un episodio psicótico puntual. La tarea terapéutica fundamental es aquí, como antes decíamos, ayudar a esa persona a conocer y a cambiar su personalidad de base, la cual le empuja a actuar de forma impulsiva e inadecuada. Es decir, el enfoque ha de ser no tanto psiquiátrico, como psicológico.

HACIA UNA NUEVA PSIQUIATRÍA

Ha llegado el momento de abordar lo que para mí ha sido la motivación principal para escribir este libro: las repercusiones prácticas y concretas de la hiperia sobre los dos trastornos psiquiátricos que más daño están causando en la población. Veíamos en la introducción que en España hay alrededor de dos millones de personas jóvenes diagnosticadas de trastorno bipolar o de esquizofrenia. La mayoría de ellos, no solo no mejoran con el tratamiento médico que se les aplica, sino que evolucionan cada vez a peor y su vida es un infierno. Y junto a cada uno de ellos un padre y una madre compartiendo esa misma desesperante tortura. Es decir, unos seis millones de personas atrapadas en un laberinto psiquiátrico del que no pueden salir.

Pues bien, ¿de qué manera la hiperia constituye para ellos una posible solución al drama en el que viven? Para poder responder mejor esta cuestión, analicemos primero cuál es el estado de la psiquiatría actual.

El sistema psiquiátrico actualmente vigente

La psiquiatría se encuentra hoy en una encrucijada tan complicada que a la hora de abordar este análisis me vienen a la men-

te las palabras del físico suizo Wolfgang Pauli (1900-1958), quien, desanimado y desconcertado ante el estado en el que se encontraba la física cuántica, exclamaba:

Por el momento, la física se encuentra terriblemente confusa. De cualquier modo, es demasiado difícil para mí y desearía haber sido actor de cine o algo parecido, y no haber oído hablar nunca de la física.⁸⁵

Así es cómo me siento yo con respecto a la psiquiatría actual: su estado es tan confuso que «desearía no haber oído hablar nunca de la psiquiatría». Y lo de menos es mi opinión personal. Lo verdaderamente importante es que ese desánimo es compartido por gran parte de los protagonistas de la asistencia psiquiátrica, ya sean psiquiatras, pacientes o familiares.

Dos son los grandes males que aquejan a la psiquiatría del siglo XXI. En primer lugar, la falsa creencia de que la naturaleza y la explicación de las enfermedades mentales es y deber ser puramente bioquímica. Y, en segundo lugar, los desatinados y perjudiciales manuales diagnósticos que se están empleando en psiquiatría, muy especialmente el DSM.

La falacia de la psiquiatría neurotransmisora

La primera gran enfermedad de la psiquiatría proviene de ese mensaje que, desde los poderes fácticos que mueven sus hilos, están intentando hacernos creer: que el trastorno bipolar y la esquizofrenia son el resultado de una alteración bioquí-

85. Citado por KUHN, S. *La estructura de las revoluciones científicas*. México: Fondo de Cultura económica, 1975, p. 138.

mica del cerebro. Y más concretamente un desequilibrio entre los diferentes *neurotransmisores* o sustancias químicas que usan las neuronas para comunicarse entre ellas. Este mensaje viene seguido y completado por otro igualmente falaz: afortunadamente disponemos ya de medicamentos específicos para mantener controlado ese desequilibrio de la neurotransmisión. Eso sí, esos fármacos deben ser tomados por el paciente... ¡durante toda su vida!

Esta engañosa y simplista concepción psiquiátrica ha sido repetida con tal fuerza y tan reiteradamente en las cuatro últimas décadas, que ha calado en gran parte de los psiquiatras formados desde entonces. Nos encontramos así con unos dos millones de pacientes a quienes se les ha advertido, al igual que a sus respectivos familiares, que padecen una enfermedad grave e incapacitante, pero que si toman el tratamiento que se les receta de forma constante e ininterrumpida se podrán evitar las secuelas más dañinas de la misma.

La realidad es que la mayor parte de esos jóvenes acaban convirtiéndose en sujetos incapaces de llevar una vida laboral o social autónoma, dependiendo para siempre de los cuidados de su familia.

Y es que no podía ser de otra manera, porque eso de que ya conocemos la naturaleza bioquímica y neurotransmisora de la esquizofrenia y del trastorno bipolar y que disponemos de fármacos específicos para mantener controlados esos dos trastornos, es simple y llanamente falso. De la neurotransmisión neuronal no conocemos a día de hoy prácticamente nada. Sabemos algo de cómo se comportan una docena o una veintena

de neurotransmisores en algunas áreas cerebrales. Pero de los otros muchísimos neurotransmisores neuronales que usa nuestro cerebro, casi con seguridad que cientos de miles, no sabemos nada de nada.

De hecho, los fármacos que se recetan para esos trastornos, de específicos no tienen nada: son simplemente sustancias que inhiben globalmente la neurotransmisión neuronal de nuestro cerebro y, de ese modo, ralentizan y dificultan el normal funcionamiento de todas las funciones psíquicas, ya sean intelectuales, emocionales o de la voluntad. Es decir, son sustancias tranquilizantes que mantienen al sujeto en estado de inhibición psíquica y de modorra permanente y global. Y mantener a un sujeto aletargado «de por vida» probablemente sea una de las principales causas del deterioro y de la invalidez que acaban presentando muchos de estos pacientes.

La epidemia psiquiátrica

El segundo problema de la psiquiatría del siglo XXI es lo que bien se puede calificar de verdadera «epidemia psiquiátrica». Su causa, como decíamos, son los inadecuados sistemas de diagnóstico imperantes. Ya en el año 2005 Ronald Kessler afirmaba que «la mitad de los americanos reúnen los criterios del DSM-IV para ser diagnosticados de un trastorno psiquiátrico».⁸⁶

86. KESSLER, R. C., BERGLUND, P., DEMLER, O., JIN, R., MERIKANGAS, K. R., WALTERS E. E.: «Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication». *Arch. Gen. Psychiatry* (2005), 62, pp. 93-602.

Desde entonces las alarmas se vienen disparando en los despachos de los más altos responsables de la gestión de la psiquiatría y de la salud mental de prácticamente todos los países de Occidente. Y no es para menos, porque lo que Kessler anunciaba en 2005 para Estados Unidos, es hoy una realidad en prácticamente todos los países desarrollados: casi la mitad de sus ciudadanos son objeto de un diagnóstico psiquiátrico, y la cuarta parte de ellos tienen dos diagnósticos psiquiátricos.

Este dato es tan alarmante como increíble. Y sus consecuencias económicas devastadoras: si a los gastos sanitarios necesarios para atender a toda esa población psiquiatrizada, añadimos los derivados de las prestaciones sociales que hay que dar a esas personas a las que, por su trastorno psiquiátrico, hemos calificado de minusválidas, las cifras son de tal envergadura que no hay economía capaz de afrontarlas.

¿Cómo ha sido posible tal despropósito? La conclusión es prácticamente unánime: los actuales sistemas de diagnóstico están fallando estrepitosamente. El más conocido de todos ellos, y el más empleado con mucha diferencia, es el ya tantas veces citado DSM: se calcula que el 80-90% de los diagnósticos se hacen siguiendo los criterios de este manual.

El DSM, junto a la falacia neurotransmisora, constituyen desde hace cuarenta años la base fundamental de la formación que reciben los médicos residentes que se están formando para ser psiquiatras. Ese manual es la biblia de la psiquiatría de todas esas nuevas generaciones de psiquiatras. Y si lo sabes manejar bien, eres buen psiquiatra. Pero si no lo usas, eres un mal psiquiatra.

Y no hablo de oídas o de algo que desconozco: durante muchos años he tenido que sufrir comentarios descalificativos y miradas de desprecio de mis compañeros, que me consideraban un mal psiquiatra, un psiquiatra anticuado y poco científico, porque me negaba a emplear ese manual diagnóstico.

Afortunadamente para la psiquiatría, el tiempo ha venido a darme la razón: en el año 2013 se publicó el DSM-5. Pues bien, nada menos que Thomas Insel —quien durante trece años fue director del National Institute of Mental Health (NIMH), es decir, el máximo responsable de la planificación de la psiquiatría de Estados Unidos— emitió el siguiente juicio sobre esta quinta edición del DSM:

Nuestros pacientes se merecían algo mejor. EL NIMH retira todo apoyo económico a investigaciones basadas en diagnósticos DSM. Su debilidad radica en su falta de validez.⁸⁷

Y es que con las sucesivas ediciones DSM, el número de trastornos psiquiátricos ha crecido brutalmente, pasando de 105 en el DSM-1 a más de 350 en el DSM-5. La consecuencia ha sido una psiquiatrización tal de la vida cotidiana que hoy casi todo puede ser un trastorno psiquiátrico. Por ejemplo, si comes poco, trastorno de anorexia nerviosa; si comes mucho, trastorno de bulimia nerviosa; si te levantas por la noche cabreado porque no consigues conciliar el sueño y te engullas siete croquetas de golpe, trastorno por atracón.

87. INSEL, Th. <<https://www.nimh.nih.gov/about/directors/thomas-insel/blog/2013/transforming-diagnosis.shtml>> [29 abril 2013]

Si guardas o acumulas muchas cosas en tu casa, las cuales, a juicio de tus familiares, son inútiles y molestas, trastorno de acumulación. O sea, en vez de poder decirles tú a ellos «si no estáis a gusto en mi casa, ahí tenéis la puerta», ahora son ellos los que pueden meterte en una residencia y quedarse con tu vivienda so pretexto de que «padeces un trastorno de acumulación».

Si eres muy activo sexualmente, trastorno de hipersexualidad; si te interesa poco el sexo, trastorno de deseo sexual hipoactivo... ¡y así sucesivamente!

Y lo que es peor, esta psiquiatrización se ha producido igualmente en la infancia: cualquier particularidad, cualquier variante cognitiva, emocional o de comportamiento que se salga de la media, es inmediatamente etiquetada de trastorno psiquiátrico. En Estados Unidos hay ya más de cuatro millones de niños o adolescentes diagnosticados de TDAH y tomando anfetaminas simplemente porque son más inquietos o porque tienen más tendencia a fantasear que la media de sus compañeros. Las propias autoridades sanitarias de ese país están alarmadas ante estas cifras y advierten del grave abuso que se está haciendo de este diagnóstico.

Aún más terrible si cabe: si tu hijo no tiene problema para acercarse a personas desconocidas e interactuar espontáneamente con ellas, es que tiene un trastorno de conducta social desinhibida. Al niño de hoy sus padres tienen que enseñarle y dejarle bien claro, desde bien pequeño, que los desconocidos son personas extrañas y peligrosas a las que hay que temer y a las que no debe acercarse. De no hacerlo así corren el peligro de que a su hijo se le diagnostique un trastorno de conducta social

desinhibida. Terrible, ¡el prójimo convertido en un enemigo para los niños!

Aunque los males que está generando son impresionantes, no pretendo que el lector saque la impresión de que la psiquiatría es una especialidad en sí misma negativa y perjudicial. Afortunadamente hay muchos profesionales todavía que se resisten a aceptar este modelo de psiquiatría y que se esfuerzan en enfocar el problema de sus pacientes desde una perspectiva más humana y más global. Profesionales que usan los psicofármacos solo en el momento preciso y a la dosis precisa. Profesionales para los que la empatía, es decir, ponerse en el pellejo de su paciente y tratar de compartir sus sentimientos, es una herramienta terapéutica mucho más importante que cualquier fármaco. Profesionales que consideran muy importante y necesario dedicar tiempo suficiente a escuchar las dificultades de sus pacientes, ya sean conflictos emocionales propios o derivados de las relaciones con su familia, ya problemas económicos o laborales o sociales en general.

Afortunadamente existen razones para mantener la esperanza en la psiquiatría y para confiar en que, pese a esta psiquiatría del cuerpo actualmente predominante, podemos aspirar, no tardando mucho, a una psiquiatría del espíritu.

Soplan vientos de cambio

Que el actual modelo psiquiátrico, vigente desde hace cuatro décadas, está letalmente enfermo parece un hecho evidente. Sus detractores, entre los que me incluyo sin ninguna reserva, lo califican de «psiquiatría neurotransmisora». Yo prefiero el

término «psiquiatría DSM-neurotransmisora», pues esa denominación incluye las dos razones fundamentales que han ocasionado este desastre.

Ya son muchas y muy importantes las voces —tanto individuales como grupales y tanto de usuarios como de profesionales— que proclaman abiertamente la necesidad de este cambio: Critical Psychiatry Network, Open Dialogue, Hearing Voices o Mad in America son algunos de los movimientos más significativos que desde hace años vienen luchando por un cambio radical del modelo psiquiátrico actual.

Junto a ellos, y aunque de dimensiones más modestas, no puedo dejar de citar la Asociación NuevaPsiquiatría, la cual fundé yo mismo hace ya tres años. Su principal herramienta de trabajo es el Grupo Abierto Terapéutico o GAT, con el que se pretende que quienes son los verdaderos ejecutores del acto psiquiátrico recuperen el control y la responsabilidad del mismo.

Y es que los pocos cambios exitosos que se han producido en psiquiatría han venido siempre promovidos y logrados por los protagonistas del problema. Así, por ejemplo, la eliminación de la homosexualidad del catálogo de trastornos psiquiátricos fue conseguido gracias a la larga y dura lucha que el llamado «movimiento gay» llevó a cabo a lo largo del pasado siglo xx. Otro ejemplo significativo de lo que digo es el de Alcohólicos Anónimos, una asociación creada por los propios afectados, quienes —viendo que el sistema sanitario no daba una respuesta eficaz a su problema— se organizaron en grupos de autoayuda para buscar soluciones ellos mismos. Desde su creación en el año 1935, esta asociación ha salvado millones de vidas y ha

devuelto la paz a millones de hogares en los que la convivencia era insufrible.

Mientras estemos esperando que sean los políticos o los legisladores quienes nos resuelvan el mal funcionamiento de la psiquiatría, no se conseguirá nada. Para muestra un botón, y transcribo literalmente el siguiente párrafo del Boletín Oficial de las Cortes Generales del 12 de diciembre de 2012, sobre la Proposición no de Ley presentada por el Partido Popular en el Congreso de los Diputados:

En este sentido, y teniendo presente que la prevalencia del TDAH en niños en España es del 5%, existe un 2% que todavía están por diagnosticar. Es muy importante solucionar el infra-diagnóstico actual, partiendo de que no todos los niños inquietos padecen TDAH y que es necesario ahondar en los síntomas manifestados para concretar el punto hasta el que pueden afectar al aprendizaje y a la relación con otros niños de su edad.⁸⁸

Nada menos que un cuarto de millón de niños en nuestro país afectados por eso que llaman TDAH, un supuesto trastorno cuya existencia niega gran parte de la comunidad científica y psiquiátrica,⁸⁹ para quienes es un simple fraude. Y nuestros legisladores y gobernantes preocupados porque cien mil de esos niños todavía no están tomando las correspondientes anfetaminas... ¡faltan palabras ante esta realidad desoladora!

Esas son las mejoras psiquiátricas que proponen nuestros gobernantes y legisladores. Así que, está claro: si los afectados por el

88. Boletín Oficial de las Cortes Generales, Congreso de los Diputados, Serie D, n.º 192, 161/001076, p. 53.

89. <<http://psychrights.org/research/digest/adhd/ADHDAsFraud.htm>>

problema no toman conciencia de que tienen que hacerlo ellos, no habrá cambio posible. Urge devolver el protagonismo de la psiquiatría a quienes son sus verdaderos autores, muy especialmente a los dos principales protagonistas del acto psiquiátrico: los usuarios y los profesionales. Y junto con ellos, y en muchos casos, los familiares que representan y dan voz a ese gran número de pacientes que, despojados de su capacidad de decidir por sí mismos, la «psiquiatría DSM-neurotransmisora» ha convertido en meros comparsas del drama psiquiátrico actual.

Se trata por tanto de democratizar el acto psiquiátrico. Y para ello cada uno de estos tres actores debe conocer bien cuál ha de ser su papel y responsabilizarse de él. Es decir, tomar las riendas de la situación.

¿Cuál es mi cuota de responsabilidad en la mala evolución del problema?

Lo más fácil, y también lo más habitual, es que cada uno de los tres protagonistas que conforman este triángulo —paciente, profesional y familia— eche la culpa del mal funcionamiento a los otros dos participantes en el juego. Me he encontrado, por ejemplo, con muchos padres y madres que creen haberse responsabilizado suficientemente por el hecho de que ya son capaces de ser más críticos y más exigentes con su psiquiatra. Y ciertamente, esa es una parte importante de su empoderamiento. Pero no basta con eso: es fundamental que tomen conciencia de hasta qué punto su mal funcionamiento familiar está contribuyendo a mantener el problema y, por tanto, a impedir la solución del mismo.

Del mismo modo, muchos pacientes se limitan a culpar de todo lo que les ocurre a la maldita psiquiatría y a sus padres por hacer caso de lo que les dice el psiquiatra. Pero parece que no quieren darse cuenta de cómo su modo de vida, a veces impulsiva, a veces abúlica e indolente, y siempre insuficientemente autónoma, es una parte muy importante del problema. En este sentido, con independencia de cuál haya sido el diagnóstico recibido, es fundamental que todo paciente tome conciencia clara de hasta qué punto su modo habitual de comportarse, es decir, su personalidad, está contribuyendo a perpetuar el problema.

Y otro tanto cabe decir respecto al psiquiatra: no basta con recriminar al paciente o a los familiares porque no cumplen correctamente las pautas que él les ha dado. Tiene que cuestionarse hasta qué punto ese mal cumplimiento no lo está ocasionando él mismo por no estar abierto a otros posibles enfoques del problema, puesto que el que se ha seguido hasta ahora no ha dado resultado: más abierto a escuchar las pegas que le plantean el paciente o la familia, más abierto a explorar los conflictos emocionales del paciente, más abierto a indagar en la problemática familiar y social que pueda estar incidiendo en el problema, y no obstinarse en seguir basando toda la solución en un enfoque meramente farmacológico.

Si no se da este empoderamiento triangular, no hay trabajo en equipo. No se ha llegado a un compromiso terapéutico por las tres partes y, por tanto, no se da la escucha y la interacción empática que tiene que haber entre los tres para que haya progreso. Esta es, a mi juicio, la clave principal del cambio psiquiátrico: psiquiatra, paciente y familiares trabajando en estrecha ar-

monía y sintiéndose los tres a gusto en esa relación, por muy intrincado que sea el problema. Mientras no se consiga alcanzar una masa crítica de triángulos psiquiátricos que funcionen de esta manera no será posible un real y significativo cambio psiquiátrico. Esto es lo que se pretende precisamente con el GAT. Y, ahora, algunas estrategias de cómo poner en práctica ese empoderamiento.

¿Cómo actuar con mi psiquiatra?

Generalmente los psiquiatras son poco dados a explayarse dando explicaciones. Por cierto, algo que les ocurre igualmente a otros especialistas que saben que la especialidad médica que han escogido es muy poco consistente: reumatólogos, oncólogos, hematólogos... Precisamente de ahí proviene la actitud autoritaria con la que se desenvuelven a menudo esos especialistas. No es más que una medida defensiva, una especie de: «¡Que no se vaya a dar cuenta este sujeto de que en mi especialidad no tenemos ni idea de por dónde andamos!»

Pero más allá de esa defensiva máscara autoritaria, a los psiquiatras nos gusta —y lo sé por propia experiencia y por la de muchos de mis compañeros— que el paciente y los familiares nos hagan preguntas y nos planteen dudas o cuestiones que no les han quedado claras. No solo nos gusta, sino que nos ayuda: nos es útil para comprender mejor el caso y, de ese modo, descubrir nuevas perspectivas o enfoques que se le pueden dar al mismo.

Así que cuando estés ante tu psiquiatra, sé tú el que rompa ese aparente distanciamiento inicial y habla con franqueza con él.

Y cuando llegue el consabido discurso final en el que te larga el diagnóstico, la gravedad de la enfermedad, las supuestas causas bioquímicas de la misma y la necesidad de tomar psicofármacos para toda la vida, en ese momento... ¡por lo que más quieras, no te quedes callado! ¡No aceptes ese discurso final como si fuese «palabra de Dios»!

Ahí es precisamente cuando hay que intervenir a fondo con preguntas, dudas, pegas, aclaraciones... Ese es el momento más crucial de la entrevista. Y de cómo lo enfrentes depende el futuro de tu vida. O el de la vida tu hijo, si es que tú acudes como familiar acompañante.

No me cansaré de insistir en este punto, pues en mi trabajo como colaborador de la Asociación NuevaPsiquiatría en estos últimos años me he encontrado con cientos y cientos de pacientes, y sus correspondientes familias, completamente destrozados por no haberse atrevido a plantar cara en ese momento de la entrevista psiquiátrica. Y siempre la misma explicación: «Bueno, como el psiquiatra nos aseguró con tanta rotundidad que era una enfermedad muy grave, y que la única solución era tomar esa medicación para toda la vida, y que además tendríamos que estar siempre muy al tanto y muy pendientes de cualquier posible rebrote de la psicosis... Fue tal mazazo que quedamos anonadados y sin saber qué decir».

Como digo, he escuchado este mismo alegato innumerables veces. Y proveniente de todo tipo de usuarios y familias, con independencia de su nivel cultural o de sus conocimientos médicos.

Psicosis reactivas *versus* psicosis endógenas

Antes de proseguir con la cuestión de cómo actuar con nuestro psiquiatra, es muy importante tener clara la diferencia que existe entre *psicosis reactiva* y *psicosis endógena*, ya que muy probablemente tengamos que echar mano de estos dos conceptos en nuestro diálogo con él.

El término *psicosis* se usa en psiquiatría para referirse a cuadros o entidades clínicas en las que el sujeto pierde el contacto con la realidad, es decir, interpreta la realidad de forma diferente a como lo hacen todas las demás personas de su entorno. Los síntomas típicos y característicos de un estado psicótico son las *alucinaciones delirantes*, las *ideas delirantes* y las *emociones delirantes*.

En el primer caso el sujeto percibe (ve u oye) cosas que los demás no pueden percibir y, además, esa percepción es para él tan viva e intensa que la interpreta como absolutamente cierta e irrefutable. Así que, por más que los que lo rodean le digan que eso que ha visto o ha oído no existe, él les responderá que es una realidad irrefutable. Este carácter de certeza indiscutible es lo que en psiquiatría se denomina *convicción delirante*.

Otras veces esta convicción delirante proviene, no de haber oído o visto algo que los demás no perciben, sino de una idea o pensamiento que el sujeto experimenta de repente y con tal viveza que se instala en su mente como algo absolutamente cierto e irrefutable: son las *ideas delirantes* puras.

Finalmente, también un estado emocional —de tristeza o de alegría— puede experimentarse con tal fuerza que el sujeto

confiere a las vivencias experimentadas durante ese estado emocional valor de certeza absoluta: es la *melancolía delirante*, en la que el protagonista se cree el ser más despreciable y culpable de cuantos seres hay sobre la tierra. O, por el contrario, la *manía delirante*, en las que el sujeto se siente la persona más poderosa y feliz del universo.

Estos fenómenos delirantes pueden ser secundarios a muy diferentes causas y, por tanto, aparecen como *reacción* frente a muy diversas situaciones: son *las psicosis reactivas*. Por ejemplo, pueden ser debidos al empleo de sustancias psicoestimulantes: hachís, cocaína, opiáceos, etc. En este caso hablamos de *psicosis reactiva a tóxicos*.

Pueden ser debidos también a enfermedades orgánicas, especialmente enfermedades del cerebro, las cuales antes de dar ningún síntoma neurológico, se manifiestan en forma de vivencias delirantes. No es infrecuente que una esclerosis en placas o un tumor cerebral debuten con alguna de las manifestaciones psíquicas que acabo de describir. En estos casos nos hallamos ante *psicosis reactivas orgánicas*.

Por último, las psicosis reactivas pueden ser debidas también a situaciones emocionales conflictivas, en cuyo caso se denominan *psicosis reactivas psíquicas*. Las emociones que dan lugar a una de estas psicosis pueden ser actuales o del pasado. Por ejemplo, una infancia vivida en un entorno familiar lleno de traumas afectivos puede originar una psicosis reactiva en ese niño cuando llega a la pubertad o primera juventud. En cuanto a las situaciones emocionales del presente que pueden ocasionar una reacción psicótica, son muy variadas: la pérdida de un ser

querido, una separación matrimonial, preparar una oposición, la época de exámenes de fin de curso, una situación laboral o económica muy precaria...

Pues bien, frente a *las psicosis reactivas* la psiquiatría contempla dos *psicosis endógenas* —el trastorno bipolar y la esquizofrenia— así llamadas porque no obedecen a ninguna causa conocida, sino que parecen tener su origen en la propia constitución hereditaria del individuo. Son, pues, psicosis que provienen del *endón*, del interior del propio individuo. De hecho, es muy frecuente que haya antecedentes familiares en estas psicosis.

Esa predisposición heredo-constitucional de las psicosis endógenas es la que determina que las mismas se manifiesten, sin causa desencadenante, en diferentes momentos a lo largo de la vida de esa persona.

Con lo dicho hasta aquí resulta fácil entender que la gravedad, el pronóstico y el tratamiento son muy diferentes según se trate de una psicosis reactiva o endógena. La psicosis reactiva desaparece en cuanto somos capaces de eliminar la causa que la originó. Pero esto no es posible en las psicosis endógenas, pues al no conocer su causa no podemos eliminarla, sino que la «enfermedad» proseguirá a lo largo de toda la vida de ese sujeto, en forma de fases o brotes que se intercalan con períodos de normalidad.

Así pues, la evolución, la gravedad y el tratamiento van a ser muy diferentes en función de si nuestro psiquiatra opta por el diagnóstico de psicosis reactiva o por el de psicosis endógena.

Ante un diagnóstico de trastorno bipolar o de esquizofrenia en una primera valoración psiquiátrica

Ante un diagnóstico de psicosis endógena —como son el trastorno bipolar y el trastorno esquizofrénico— hemos de tener en cuenta tres ideas que se han repetido ya varias veces en este libro: en primer lugar, que la psiquiatría es una disciplina médica de bases científicas muy endebles.

En segundo lugar, que el DSM-3 ha flexibilizado de tal manera los criterios de estos dos diagnósticos que al psiquiatra le bastan dos o tres síntomas para poder aplicarlo. Esos dos o tres síntomas, como ya dijimos, pueden obedecer a causas muy diferentes. Es decir, pueden ser síntomas de una psicosis reactiva, en cuyo caso ya no está indicado el diagnóstico de trastorno bipolar ni el de esquizofrenia, que, por definición, son trastornos heredo-constitucionales de naturaleza endógena y de causa desconocida.

En tercer lugar, no olvidemos que lo de la psiquiatría neurotransmisora —«ya sabemos que la causa es un desequilibrio de la neurotransmisión pero disponemos del medicamento específico para controlar ese desequilibrio»— es falso. A lo sumo un *desideratum*, una hipótesis o propuesta que no ha podido ser mínimamente verificada.

Recuerda siempre que el medicamento que te proponen no es una sustancia específica para un desequilibrio específico, sino un simple y mero tranquilizante que se usa para todo tipo de psicosis.

Con esas premisas en mente, estás en disposición de pedirle a tu psiquiatra que te aclare una serie de dudas y cuestiones.

Cuando el diagnóstico es de trastorno bipolar

Ante un diagnóstico de trastorno bipolar en una primera consulta o en un primer ingreso psiquiátrico, lo primero que debes pedirle a tu psiquiatra es que te explique en qué criterios fundamenta ese diagnóstico. Si lo basa en la existencia de una sola fase maníaca, tú debes argumentar que por qué entonces el diagnóstico de bipolaridad, siendo así que no se ha dado el otro polo, es decir, la fase melancólica. Si su respuesta es que ahora basta con la fase maníaca para poder hacer un diagnóstico de bipolaridad, tú debes recordarle que la bipolaridad de la psicosis maníaco-depresiva implicaba connotaciones de enfermedad heredo-constitucional endógena y crónica, es decir, sucesivas fases melancólicas y/o maníacas de origen desconocido que se irán repitiendo a lo largo de toda la vida, y es esa reiteración la que podría justificar un tratamiento de duración indefinida.

Pero, de momento, estamos ante una sola fase maníaca que no tiene por qué ser endógena, sino que puede obedecer a causas muy variadas y todavía no suficientemente exploradas. Por tanto, se trata de una simple reacción maníaca que no tiene por qué volver a repetirse, por lo que proponer de entrada un tratamiento farmacológico indefinido parece desproporcionado y carente de fundamento.

Estos razonamientos, leídos aquí, pueden parecerle complejos o demasiado técnicos para que tú seas capaz de plantearlos al psiquiatra. Pero yo te aseguro que puedes, ¡y debes! hacerlo.

Estas objeciones que tú planteas a la propuesta diagnóstica y de tratamiento que te acaba de hacer el psiquiatra, te irán saliendo poco a poco a medida que dialogas con él.

Lo normal es que el psiquiatra sea un profesional honesto y medianamente razonable, por lo que él mismo colaborará contigo en la reconsideración que tú le estás planteando de la situación. Pero si, por el contrario, topas con un psiquiatra que se cierra en banda y que se obstina en mantener su posición inicial, en ese caso ya sabes lo que te toca: decirle que no estás de acuerdo con lo que te plantea y que vas a buscar una segunda opinión con otro psiquiatra.

Por si te puede servir de algo, te aseguro que yo lo tengo muy claro: ante una primera y única fase maníaca no aceptaría de ninguna manera un diagnóstico de trastorno bipolar, el cual conlleva todas las connotaciones negativas de la psicosis endógena heredo-constitucional que acabamos de reseñar. Insisto, si mi psiquiatra no acepta mi propuesta diagnóstica provisional de reacción maníaca, yo me busco otro psiquiatra.

Cuando el diagnóstico es de esquizofrenia

Para este diagnóstico valen todas las consideraciones e informaciones que he facilitado en el apartado anterior. Pero tratándose de un problema mucho más grave, he de añadir algunas observaciones sobre la naturaleza de este trastorno y las consecuencias de su diagnóstico. La esquizofrenia es sin duda el trastorno más invalidante de la psiquiatría. Este diagnóstico, que prácticamente en el cien por cien de los casos recae en personas jóvenes que están todavía acabando la adolescencia o iniciando la

primera juventud, equivale a una sentencia de muerte en vida. Las 400.000-500.000 personas que hay en España, y sus familiares, pueden dar testimonio de que no exagero: a ese chico de dieciocho, veinte o veintidós años que le acaban de decir que tiene una esquizofrenia... ¡a ese chico, y a sus padres, les acaban de truncar la vida!

Lo primero que hay que observar ante un diagnóstico de esquizofrenia es a quién informa el psiquiatra de la gravedad de la enfermedad y del tratamiento a seguir. Digo esto porque es muy frecuente que el psiquiatra se dirija a los familiares a la hora de dar esta información. Y esta observación es muy importante pues significa que ese psiquiatra, una vez que ha tomado ya la decisión interna de diagnosticar una esquizofrenia, a partir de ese mismo momento el paciente ha dejado de ser para él una persona capaz de procesar la información que va a dar. Y por eso se la transmite ya a sus familiares. En ese mismo momento acaba de anular al paciente como persona. De ahí que ahora empiece a dirigirse a los padres del joven, porque es a ellos a quienes considera capaces de hacerse cargo de la dolorosísima información que les va a dar: que su hijo ya no podrá seguir haciendo una vida normal, que no será capaz de sacar una carrera o de desenvolverse profesionalmente, que deben pedir una minusvalía que le será concedida de inmediato con el grado suficiente para que de ese modo pueda recibir una pensión no contributiva, que han de cuidar de ese hijo toda la vida y, por supuesto, que la única manera de paliar un poco esa nefanda evolución que les está pronosticando es tomando de por vida los potentes psicofármacos que le va a recetar.

Por favor, padre o madre de ese joven que acaba de ser diagnosticado de esquizofrenia: ¡no toleren este comportamiento del psiquiatra! ¡No anulen ustedes también a su hijo, aceptando ser los depositarios de la responsabilidad que le acaban de despojar a él! Es al «paciente» a quien principal y primeramente se ha de informar de todo. Absolutamente de todo, con pelos y señales. Solo así podrá sopesar la mayor o menor gravedad de la situación a la que tiene que enfrentarse y, de ese modo, hacerse con las riendas de la misma.

Hago esta advertencia en este tono casi suplicante, y pidiéndola por favor, porque sé muy bien los gravísimos males que para la evolución de ese joven se derivan de esta anulación de su responsabilidad. Este es un momento clave de todo el largo proceso que se abre a partir de ahora. Y la mejor manera que tienen de ayudar a su hijo es: no ocultarle nada, no hablar con su psiquiatra a espaldas de él. No tengan miedo a usar la palabra «esquizofrenia» con su hijo, dialoguen con él acerca de su «esquizofrenia» con la mayor franqueza y naturalidad posibles. No me cansaré de insistir en este punto, porque si su hijo capta que ustedes ya no se relacionan con naturalidad con él, ese es el comienzo de una carrera sin retorno.

Ciertamente no todos los psiquiatras actúan y transmiten en una primera entrevista la información exactamente como yo lo acabo de describir, pero sí que es un comportamiento muy habitual. Y si a partir de ese momento ustedes despojan a su hijo del derecho a ser la persona que dirige y gobierna su problema, acaban de iniciar un camino que en pocos meses les llevará a los tres a un callejón sin salida. El lector que tenga

dudas acerca de lo que digo puede consultar con el aproximadamente medio millón de personas diagnosticadas de esquizofrenia o con los dos millones de padres y madres que están sufriendo este tormento tanto o más que el propio hijo al que están cuidando.

Otra información muy importante a tener en cuenta ante un diagnóstico de esquizofrenia es el relativo al supuesto deterioro que ese trastorno va a producir en el afectado. Ya adelanto que, en caso de aparecer, se trata siempre de un *deterioro social* y no de un *deterioro cognitivo*. Me explicaré mejor: *el deterioro cognitivo* supone pérdida de la memoria, dificultad progresiva para realizar las tareas que antes se hacían con normalidad, razonamientos cada vez más pobres, incapacidad creciente para orientarse hasta el punto que no puede salir solo a la calle porque se pierde y no sabe volver a casa... Este deterioro es característico de las demencias orgánicas y aparece, por ejemplo, en la demencia tipo Alzheimer o en la demencia senil. La demencia es un proceso progresivo e irreversible, es decir, esas facultades psíquicas que se han perdido ya no se recuperan nunca.

Pero este *deterioro cognitivo* no ocurre nunca, a no ser que se añadan otras causas orgánicas, en el trastorno esquizofrénico. Lo que puede aparecer en el paciente esquizofrénico es un *deterioro social*, es decir, que cada vez se va abandonando más en todos los aspectos sociales de su vida: deja de relacionarse con los amigos, a los que acaba perdiendo, en casa permanece aislado y poco comunicativo, descuida cada vez más su cuidado personal, no tiene motivación para emprender tareas activas y se pasa el día comiendo, dormitando y viendo la televisión...

Pero si a ese sujeto, aparentemente deteriorado, se le propone un plan que le interesa y le motiva de verdad, comprobamos de inmediato que conserva intactas todas sus facultades psíquicas: tiene buena memoria, razona y planifica perfectamente y actúa de manera adecuada para conseguir lo que le hemos propuesto. En suma, no hay *deterioro cognitivo* sino un estado de abulia y apatía que le lleva a una situación de abandono progresivo.

En cuanto a las causas de este *deterioro social*, no están claras. Para los seguidores de la psiquiatría «DSM-neurotransmisora», no hay duda: lo que deteriora es la enfermedad. Pero los psiquiatras de mente más abierta y con una concepción holística de su especialidad, no lo tienen así de claro y, desde luego, para ellos una causa muy importante del deterioro proviene del aplanamiento psíquico que produce la medicación, que, como hemos dicho, inhibe y dificulta todas las funciones psíquicas, muy especialmente la voluntad para llevar a cabo tareas. Los psicofármacos usados a dosis altas y durante largos períodos de tiempo son una verdadera *camisa de fuerza química* que bloquea y ralentiza todas las funciones mentales.

Hay otro factor muy importante que contribuye a agravar la abulia y la apatía que producen estos medicamentos: el paciente se ha dado cuenta de que todo el mundo, incluidos sus padres, hermanos y demás familiares y seres queridos, desde el primer momento en que ha sido diagnosticado de esquizofrenia han empezado a tratarlo como una persona que no va a ser capaz de lograr nada en la vida, que es un enfermo al que hay que cuidar, una persona dependiente e inválida a cargo para siempre de sus padres.

A mi juicio este es el elemento que más contribuye al deterioro social: si a mí todo mi entorno —incluido el más íntimo— me anula como persona y ya no confía en mí, sino que me trata como un objeto, difícilmente puedo sentirme yo motivado para seguir considerándome y actuando como una persona. De ahí que haya insistido tanto en que es fundamental, desde el primer momento en que se plantea el diagnóstico, seguir tratando al paciente como a cualquier otra persona, sin caer en el engaño de considerarlo un ser que ya no podrá valerle nunca por sí mismo.

¿Existe la esquizofrenia?

Y todo este drama aterrador para referirnos a una enfermedad que ni siquiera sabemos si existe. No es que no sepamos qué es, es que hay muchas probabilidades de que ni exista.

Desde que el psiquiatra suizo Eugen Bleuler postuló la hipótesis de la esquizofrenia en el año 1911, y pese a las innumerables investigaciones realizadas y a las cantidades multibillonarias de dólares gastadas para tratar de demostrar su existencia, a día de hoy seguimos sin disponer, no ya de un solo marcador biológico, ni siquiera de una evidencia científica palpable de que esta enfermedad exista.

Insisto una vez más: para mí lo más «deteriorante» de esta enfermedad son las consecuencias que se derivan del propio diagnóstico. El daño que ha hecho el diagnóstico de esquizofrenia es tan inmenso y los indicios de su existencia tan ínfimos, que al igual que Catón el Viejo —que con respecto a Cartago repetía, viniese a cuento o no: «Cartago delenda est», «Cartago

tiene que ser arrasada»—, yo no me cansaré de repetir: «esquizofrenia delenda est», «la esquizofrenia tiene que desaparecer».

Y afortunadamente ya son bastantes, y algunos de gran relieve, los psiquiatras que piensan así. Sin ir más lejos, el psiquiatra holandés Jim van Os tiene una página en Facebook que se titula: *Schizofrenie Bestaat Niet (La esquizofrenia no existe)*. Este acreditado psiquiatra holandés, junto a otros muchos, está luchando por eliminar los actuales diagnósticos de trastorno bipolar y de esquizofrenia, dejándolos reducidos a una descripción de síntomas a la que propone denominar *síndrome de propensión a la psicosis*. Algo así sería, por descontado, millones de veces preferible al pérfido concepto actual de esquizofrenia.

A modo de epílogo

Quisiera terminar este libro con un mensaje esperanzador. Para ello voy a relatar un hecho del que fui testigo hace años y al que bien puedo calificar como «mi primer desencuentro con la psiquiatría». Ocurrió en la primavera de 1973, cuando yo era todavía un alumno interno del Servicio de Psiquiatría del Hospital Clínico de Santiago de Compostela. En calidad tal, asistía de oyente a la primera entrevista de un niño de doce años con la psiquiatra infantil del servicio. Él tenía doce años y yo no había cumplido todavía los veintitrés.

Sus padres lo llevaron a consulta porque desde hacía dos o tres semanas estaba muy triste, dormía mal, se negaba a ir a la escuela, apenas salía con los amigos y se pasaba los días en casa solitario y, a menudo, llorando. El médico de la zona aconsejó a los padres que lo llevasen a un psiquiatra.

«—¿Qué te pasa? —le preguntó la jefa de sección de Psiquiatría Infantil.

—A las afueras de mi aldea hay máquinas excavadoras abriendo la caja para construir una nueva carretera —respondió el niño.

—¿Y te preocupa eso? —preguntó ella.

—¡Es que no se da cuenta! —exclamó el niño con cierto tono de enfado—, ¡ese desmonte acabará con todos los animales del bosque!

—¿Y por eso estás tan triste? —inquirió de nuevo la doctora—, ¿tan importante es eso para ti?

—¡Claro! —respondió secamente él».

El niño se entusiasmó por un momento relatando con detalle la diversidad de pequeños animales que vivían en el robledal que rodeaba su pequeña aldea. Pero enseguida volvía a su mutismo habitual.

Nosotros, tanto la psiquiatra infantil como los médicos residentes y alumnos de psiquiatría que la acompañábamos, escuchábamos el relato con cierta perplejidad. No hay que olvidar que estos hechos sucedían en las postrimerías de la dictadura franquista, cuando en España no existía todavía la sensibilidad que hay hoy hacia los animales y muchas personas incluso se jactaban de maltratarlos.

A partir de esa primera entrevista dejé de seguir su historia pues el caso lo llevaban directamente en Psiquiatría Infantil, sección a la que yo no estaba adscrito.

La siguiente vez que volví a verlo estaba atado a una camilla mediante una ancha faja de sujeción a la altura del ombligo. A mí me ordenaron que sujetase fuertemente la pierna derecha del chico, mientras cuatro compañeros hacían otro tanto con la izquierda, con cada uno de los brazos y con la cabeza. Se le iba a aplicar un electroshock.

En aquella época todavía no se usaba la actual denominación de Terapia Electro-convulsiva (TEC), ni se aplicaban anestésicos, ni medicación para relajar los músculos. Por tanto, había que sujetar bien todo su cuerpo para evitar que las violentas convulsiones del ataque epiléptico generalizado que desencadenaba la descarga eléctrica pudieran provocar alguna fractura ósea.

El psiquiatra encargado de administrar la sesión de TEC le introdujo un mordedor de goma en la boca y le explicó que tenía que apretarla bien con los dientes, ya que con el fortísimo espasmo inicial de las mandíbulas con que empezaba el ataque podía partirse la lengua.

Recuerdo perfectamente la mirada de aquel niño, mezcla de resignación y asombro, que parecía decirnos: «¿Por qué hacéis esto?»

Nunca pude olvidar aquella escena. Nunca olvidaré a ese niño. He pensado en él cientos... miles de veces a lo largo de mi vida.

Apenas cincuenta años después, el *Homo sapiens*, para mantener vivo el fuego de la caldera de su máquina económica, aniquila entre 20.000 y 50.000 especies de vida al año. De las innumerables ramas a que ha dado origen el Árbol de la Vida, la especie humana es solo una de ellas, pero tan prepotente que

se permite talar de ese árbol cuantas ramas le viene en gana so pretexto de que lo necesita.

Hoy me pregunto, ¿aquel niño era un psicótico, como opinaba la psiquiatra infantil que llevaba el caso, o un ser privilegiado y dotado de una sensibilidad especial que le capacitaba para presagiar lo que no tardaría en ocurrir?

¿Qué nos estaba intentando decir aquel niño? ¿Qué es lo que tratan de decirnos todos cuantos han tenido acceso al mundo intemporal de la hiperia? Parece que nos estuvieran advirtiéndolo de que caminamos hacia el abismo. Pero nosotros no hacemos caso: preferimos anular a esas personas mediante un diagnóstico y un tratamiento y, de ese modo, no escuchar más un mensaje que nos molesta.

Pero la salvación de esta especie de Torre de Babel que es nuestra «sociedad postmoderna», y en la que ya resulta prácticamente imposible entendernos unos a otros, requerirá con seguridad ese regreso al yo interior, la vuelta a esa dimensión espiritual que constituye nuestra esencia. Nuestra salvación pasa por ese ineludible camino de «retorno a Ítaca». Y es que, como decía André Malraux (1901-1976), «el siglo XXI, o será místico, o no será siglo XXI».⁹⁰

90. Citado por SCHLÜTER RODÉS, A. M. «Mística en las religiones orientales comparada con las de nuestra cultura». *Cuadernos FyS*, 44 (1998), p. 9.

BIBLIOGRAFÍA

- ÁLVAREZ, J. *Éxtasis sin fe*. Madrid: Editorial Trotta, 2000.
- *Mística y epilepsia*. Murcia: Universidad de Murcia, 1998.
- ANDREU RODRIGO, A. «Introducción». En: BÖHME, J. *Aurora*. Madrid: Alfaguara, 1979, pp. XIX-LXXXII.
- ÁNGELA DE FOLIGNO. *Libro de la Vida*. Salamanca: Sígueme, 1991.
- BAUDRY, M. «Long-Term Potentiation and Kindling: Similar Biochemical Mechanisms?», en DELGADO-ESCUETA, A. *et al.* (eds.). *Basic Mechanisms of the Epilepsies*. Nueva York: Raven Press, 1986, p. 401.
- BLAKE, W. *El matrimonio del cielo y del infierno*. *elaleph.com*, 2000.
- DELGADO-ESCUETA, A. *et al.* (eds.). *Basic Mechanisms of the Epilepsies*. Nueva York: Raven Press, 1986: 401-410.
- BLAKE, W. *El matrimonio del cielo y del infierno*. Ediciones El Aleph.com, 2000.
- BLEULER, E. *Tratado de Psiquiatría*. Madrid: Espasa-Calpe, 1971.
- Boletín Oficial de las Cortes Generales*, Congreso de los Diputados: Serie D, n.º 192, 161/001076.
- BUCKE, R. «De la conciencia individual a la conciencia cósmica», *La experiencia mística* (ed. J. White). Barcelona: Editorial Kairós, 1980, pp. 87-103.
- CIORAN, E. M. *El libro de las quimeras*. Barcelona: Tusquets, 1996.
- COLLI, G. *La sabiduría griega*. Madrid: Trotta, 1995.

- DOSTOIEVSKI, F. *Obras Completas*. Madrid: Aguilar, 1990.
- EY, H. *Estudios sobre los delirios*. Madrid: Editorial Triacastela, 1998.
- *Tratado de Psiquiatría*. Madrid: Ediciones Toray-Masson, Barcelona, 1969.
- *Études Psychiatriques*. París: Desclée de Brouwer, 1954.
- GARCÍA CASTRO, J. A. *Psicopatología y espiritualidad en la vida y obra de Juan Ramón Jiménez*. Murcia Universidad de Murcia, 2017.
- HARDING, G. F. y JEAUVONS, P. M.: *Photosensitive Epilepsy*. Londres: Mac Keith Press, 1994.
- HESSE, H. *Demian*. México: Editores Mexicanos Unidos, 1985.
- *El lobo estepario*. Madrid: Alianza, 1984.
- *Siddhartha*. Barcelona: Bruguera, 1976.
- HIPÓCRATES. *Tratados Hipocráticos*. Madrid: Gredos, 1983.
- HUXLEY, A. *Las puertas de la percepción*. Madrid: Edhasa, 1992.
- INSEL, Th. April 29, 2013: <<https://www.nimh.nih.gov/about/directors/thomas-insel/blog/2013/transforming-diagnosis.shtml>>
- JAMES, W. *Las variedades de la experiencia religiosa*. Barcelona: Península, 1994.
- JASPERS, K. *Psicopatología General*. Buenos Aires: Editorial Beta, 1973.
- JIMÉNEZ, J. R. *Segunda antología [sic] poética*. Madrid: Espasa Calpe, 1998.
- *Selección de poemas*. Madrid: Castalia, Madrid, 1987.
- JUNG, C. G. *Los arquetipos y el inconsciente colectivo*. Madrid: Trotta, 2000.
- KESSLER, R. C., BERGLUND, P., DEMLER, O., JIN, R., MERIKANGAS, K. R., WALTERS, E. E. «Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication». *Arch Gen Psychiatry*, 62 (2005): 93-602.
- KUHN, S.: *La estructura de las revoluciones científicas*. México: Fondo de Cultura económica, 1975.

- LAÍN ENTRALGO, P. *Antropología Médica*. Barcelona: Salvat Editores, 1985.
- MARDON, M. *Les épreuves spirituelles de la nuit de l'esprit selon St. Jean de la Croix et leurs rapports avec la mélancolie*. Marseille: Service de reprographie de la Faculté de Pharmacie de Marseille, 1982.
- MELLONI, J. *Perspectivas del Absoluto*. Madrid: Herder, 2018.
- MIGNE, J. P. *Patrologia*, CXCVII. París: Petit Montrouge.
- PLATÓN: *Obras Completas*. Madrid: Aguilar, 1986.
- PROUST, M. *En busca del tiempo perdido. 1. Por el camino de Swann*. Madrid: Alianza, Madrid, 1972.
- Real Academia Española: *Diccionario de la Lengua Española*. Madrid: Real Academia Española, 19ª edición, 1970.
- SAN AGUSTÍN. *Confesiones*. Barcelona: Plaza & Janés, 1961.
- SAN IGNACIO DE LOYOLA. *Autobiografía y Diario Espiritual*. Madrid: B. A.C., 1992.
- SAN JUAN DE LA CRUZ. *Obras completas*. Madrid: BAC, 1991.
- SANTA TERESA DE JESÚS. *Obras completas*. Madrid: BAC, 1986.
- SCHENEIDER, K. *Patopsicología Clínica*. Madrid: Editorial Montalvo, 1970.
- SCHLÜTER RODÉS, A. M. «Mística en la religiones orientales comparada con las de nuestra cultura». *Cuadernos FyS*, 44 (1998).
- SCHÖKEL, A. y MATEOS, J. *Nueva Biblia Española*. Madrid: Ediciones Cristiandad, 1975.
- SCHWARTZKROIN, Ph. A. (ed.). *Epilepsy: Models, Mechanisms and Concepts*. Cambridge: Cambridge University Press, 1993.
- STENDHAL. *La cartuja de Parma*. Barcelona: Bruguera, 1972.
- VICENTE RODRÍGUEZ, J. *San Juan de la Cruz. La biografía*. Madrid: SAN PABLO, 2012.
- WEIL, S. *A la espera de Dios*. Madrid: Trotta, 1993.



