

ANALES
DE LA
REAL ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

AÑO 2010 - TOMO CXXVII
CUADERNO CUARTO
SESIONES CIENTÍFICAS



Edita: REAL ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

Depósito Legal: M. 5.020.—1958
I.S.S.N. 0034-0634

Fotocomposición e impresión: Imprenta Taravilla. Mesón de Paños, 6 - 28013 Madrid

XIX SESIÓN CIENTÍFICA

«CREATIVIDAD Y ENFERMEDAD MENTAL»

DÍA 21 DE SEPTIEMBRE DE 2010

PRESIDIDA POR EL EXCMO. SR.
D. MANUEL DÍAZ-RUBIO GARCÍA

**LA CREATIVIDAD PERTENECE A LA PERSONA,
NO A LA ENFERMEDAD**

Por el Excmo. Sr. D. JUAN JOSÉ LÓPEZ-IBOR ALIÑO

Académico de Número

MELANCOLÍA, CREATIVIDAD Y SURREALISMO

Por el Ilmo. Sr. D. CARLOS CARBONELL MASIÁ

Académico Correspondiente

**LA ESQUELETOMAQUIA DE CARLOS GONZÁLEZ RAJEL.
Ver más allá de donde alcanzan nuestros ojos**

Por el Sr. D. CALIXTO PLUMED MORENO, O.H.

LA CREATIVIDAD PERTENECE A LA PERSONA, NO A LA ENFERMEDAD

Por el Excmo. Sr. D. JUAN JOSÉ LÓPEZ-IBOR ALIÑO

Académico de Número

INTRODUCCIÓN

La relación entre creatividad y enfermedad mental ha sido interpretada desde puntos de vista diferentes, que someramente expondré a continuación. La conclusión que adelanto, es que en sí misma, la enfermedad no es creativa, que la creatividad pertenece a la persona, si bien la enfermedad, como cualquier circunstancia límite que obliga a reflexionar, condiciona, a veces de manera importante, la obra artística.

La exposición oral de este texto fue ilustrada en su día con imágenes que no tienen sitio en el texto presente. Persiste sin embargo un énfasis en obra pictórica por la muy prosaica razón que es más fácil de ver en una pantalla durante una conferencia y porque su análisis es mas fácil y demostrativo. Todo lo que se expone a continuación es igualmente válido para el resto de las artes, plásticas y no plásticas que, una vez más de antemano, son consideradas en el análisis presente como un lenguaje, como un intento de entender una realidad muchas veces abrumadora y de compartir su sentido con nuestros semejantes. Esta perspectiva según la cual el pensamiento y el lenguaje nacen de la necesidad ineludible de ordenar y dar sentido a la realidad, en especial a la que evoca la angustia, la hemos desarrollado en un artículo reciente (López-Ibor y López-Ibor, 2010).

GENIO Y MELANCOLÍA

La primera perspectiva que hay que considerar es la que sostiene que la enfermedad es creativa. Desde Aristóteles se mencionan una y otra vez las estrechas relaciones entre genio y melancolía, lo que se suele interpretar como que la enfermedad mental va asociada a la creatividad. Sin embargo no es así. El error nace de una lectura errónea o de no haber acudido a las fuentes originales. En el trigésimo de los títulos de los *Problemata* atribuidos a Aristóteles (2004) aparece el siguiente texto:

¿Por qué todos los que han sobresalido en la filosofía, la política, la poesía o las artes eran manifiestamente melancólicos, y algunos hasta el punto de padecer ataques causados por la bilis negra (...)

Entre los héroes es evidente que muchos sufrieron de la misma manera, y entre los hombres de tiempos recientes Empédocles, Platón, Sócrates y muchos otros hombres famosos, así como la mayoría de los poetas. Pues muchas de esas personas padecen trastornos de resultas de esta clase de mezcla en el cuerpo; algunas tienen sólo una clara tendencia natural a esas afecciones, pero, por decirlo brevemente, todas son, como ya se ha dicho, melancólicas por constitución.

Mas claro no puede ser. Los héroes, los hombres famosos y la mayoría de los poetas son melancólicos por constitución, no por enfermedad, melancólica ni de otra naturaleza. Vale la pena subrayar además dos cosas:

1. La palabra poeta deriva del latín *poesis* y este del griego ποιήσις (*poiésis*) y del verbo ποιέιν (*poiéin*), 'hacer', 'crear'. Así dice Platón (2003) en *El Banquete*:

Tu sabes que la idea de poiesis (creación) es algo múltiple, pues en realidad toda causa que haga pasar cualquier cosa del no ser al ser es creación, de suerte que también los trabajos realizados en todas las artes son creaciones y los artífices de éstas son todos poiétai (creadores)... Pero también sabes —continuó ella— que no se llaman poietai, sino que tienen otros nombres y que del conjunto entero de la creación se ha separado una parte, la concerniente a la música y al verso, y se la denomina con el nombre del todo. Únicamente a esto se llama, en efecto, «poesis» y «poietai» a los que poseen esta porción de creación.

2. Hasta el siglo XIX el término melancolía aludía en medicina a enfermedades mentales graves constituidas por delirios generalmente crónicos, si bien la caracterización de la actividad delirante es confusa antes del nacimiento de la psicopatología moderna.

Hace tiempo que hemos perdido la noción de los cuatro temperamentos (melancólico, colérico, sanguíneo y flemático), correlacionados con los cuatro humores del organismo (bilis negra, bilis, sangre y pituita) y que son la manifestación en nuestro microcosmos de los cuatro elementos que componen la naturaleza (la tierra, el agua, el fuego y el aire). Las metáforas se extienden mas allá, por ejemplo a los colores (negro, amarillo citrino, rojo y blanco) y a los cuatro cuerpos celestes mayores conocidos en la Grecia Clásica (Saturno, Marte, Júpiter y el Sol) (tabla I).

TABLA I				
Elemento	Fuego	Agua	Tierra	Aire
Dios	Zeus	Hera	Aidoneus (Hades)	Nestis (Perséfone)
Estrella	Sol	Marte	Saturno	Júpiter
Estación	Primavera	Verano	Otoño	Invierno
Colores	Rojo	Amarillo	Negro	Blanco
Cualidades	Templado y húmedo	Caliente y seco	Fría y seca	Frío y húmedo
Humor	Sangre	Bilis amarilla	Bilis negra	Flema
Temperamento	Sanguíneo	Colérico	Melancólico	Flemático

La salud es equilibrio entre los cuatro humores (sangre, flema, bilis amarilla y bilis negra) y entre estos, los elementos y los temperamentos (los astros, los dioses, etc.). El melancólico no solía ser descrito de un modo favorable (Panofsky y colbs., 1964):

Delgado y de piel oscura, el melancólico es torpe, mezquino, rencoroso, codicioso, malicioso, cobarde, desleal, irreverente y somnoliento. Es arisco, triste, olvidadizo, holgazán e indolente. Rehuye la compañía de sus semejantes, desprecia al sexo opuesto y su única cualidad redentora es cierta inclinación al estudio solitario.

Eso sí, el melancólico es propenso a un determinado tipo de enfermedades somáticas y psíquicas, pero no es en sí mismo un enfermo. Sin embargo hay algo en el melancólico que le hace superior a los demás, su inclinación al estudio. Ningún otro temperamento puede enfrentarse a las profundidades, a veces aterradoras de la existencia. El colérico bastante tiene con dejarse llevar de su ira, el sanguíneo con disfrutar del mundo y el flemático con vivir con el mínimo esfuerzo.

El temperamento melancólico representa al dios griego Chronos, que se asimila con el romano Saturno: el más alto de los planetas, el más básico de los metales (plomo), el padre de Zeus (Júpiter), hijo del cielo, padre del tiempo, el que devoró a sus hijos, vomitó la piedra filosofal en lugar de a Zeus (Júpiter), el descubridor de la verdad y de sus peligros. Es lo negro, la morosidad, el paso del tiempo que revela la verdad desde la oscuridad, el que rueda sobre sí mismo y huye como una serpiente, cercena como la muerte y corta de raíz como la guadaña. Es la nube negra oculta a la vista la piedra filosofal.

Por eso el temperamento melancólico representaba las cuatro fases de la alquimia: conjunción (unir los opuestos como el calor y el frío, o los sexos en el hermafrodita), la coagulación (que solía representarse como un juego de niños y el equilibrio entre los elementos), la putrefacción (el volver a separar lo unido) y la transmutación (que da lugar a los híbridos). Todo ello se integra en un proceso cíclico, el ciclo del conocimiento.

Una vez más, los textos sobre Saturno describen una realidad maldita (Panofsky y cols., 1964):

Saturno es un planeta maligno, frío y seco, nocturno y pesado, y por eso en las fábulas se le presenta viejo. Su círculo es el más alejado de la tierra, y a pesar de ello es para la tierra el más nocivo... En cuanto al color, es pálido o lívido como el plomo, porque tiene dos cualidades mortíferas, a saber, la frialdad y la sequedad. De ahí que el niño nacido y concebido bajo su dominio, o muere o le caen en suerte las peores cualidades. Según Ptolomeo en su libro de los juicios de los astros, hace al hombre atezado y feo, malhechor, perezoso, pesado, triste, rara vez alegre o risueño.

Si reparamos representación de la melancolía en el famoso grabado de Durero tenemos que aceptar que no se trata del retrato de una enferma depresiva y menos aun delirante. Es simplemente una alegoría del temperamento. El ciudadano culto de hoy, a diferencia del siglo XVI ya no los conoce, por eso vale la pena evocarlos.

En el grabado de Durero encontramos todos los atributos de Saturno. He aquí alguno de ellos:

1. El cometa y arco iris representan el conocimiento del firmamento, en la época en la que Regiomontano acababa de descubrir varios planetas de un sistema celeste aún ptolomeico y Huygens, los anillos de Saturno.
2. El cuadrado mágico de 4×4 , también llamado de Júpiter, en el que la suma de sus cifras en cualquier sentido da siempre el mismo resultado, en este caso 34, al que por asociarse con Júpiter, se le suponía la capacidad de proteger de las influencias maléficas de Saturno.
3. El romboedro o tetraedro truncado, también conocido como diamante de Platón, porque este filósofo quiso encontrar en las figuras geométricas que permitían definir el universo más pequeño. Se trata de los sólidos platónicos (tetraedro, cubo, octaedro, dodecaedro, icosaedro). En el grabado de Durero probablemente representa la piedra filosofal, la que vomitó Saturno.
4. Las herramientas y el crisol representan la arquitectura y la geometría, los números y la medida y el instrumento principal de los alquimistas.
5. La escalera de siete peldaños hace referencia a los siete metales y a los siete cuerpos celestes entonces conocidos.
6. La balanza es la medida del peso y también el equilibrio y la medida.
7. La esfera representa el tiempo cíclico y la perfección.
8. El perro representa la muerte.
9. El reloj de arena y la campana son la representación de la preocupación por el tiempo. Hay que tener en cuenta que los antiguos griegos tenían dos palabras para tiempo, *chronos* que es tiempo mensurable, por ejemplo con el reloj de arena o por el sol que cruza el firmamento y *kairos*, que es el momento significativo, el instante crítico en que uno debe subirse a la ola o ser arrastrado por ella, representado por el tañer de la campana.

Durero hizo dos grabados prácticamente idénticos que contienen muchos más detalles que analizaré en otro lugar, todos ellos cargados de misterio. ¿Por qué el título de *Melencholia I*? ¿Significa eso que tenía previsto crear otras? ¿En este caso, cuántas? ¿Tres como las

melancolías de la obra escrita en 1510, *De Occulta Philosophia* de Heinrich Cornelius Aggripa (Aggripa de Nettesheim, 2004): terrenal, anímica y espiritual ¿Cuatro como los temperamentos?

Hay más cosas en esta melancolía, que en realidad es un hermafrodita alado, de ceño fruncido. También las hay en otras, como la de Hendrick Ter Brugghen, en actitud hamletiana o las de Cranach «El viejo» en las que aparece una mujer joven y atractiva, seria y laboriosa, acompañada de niños, nubes negras, columpios, pareja de perdices, alimentos y bebida, entre otras cosas. Creo que lo expuesto hasta ahora es suficiente para rechazar que la enfermedad melancólica, sea esta lo que sea, es el origen de la creatividad de las personas geniales.

EL ARTE PSICOPATOLÓGICO

La segunda perspectiva considera que la obra artística de personas con enfermedad mental ayuda a conocer las diversas enfermedades psiquiátricas. La obra artística de los enfermos mentales ha llamado la atención desde hace muchos años. En un primer momento, sus producciones pictóricas y de otro tipo despertaron la curiosidad de lo exótico. El interés se centraba en la creatividad de la enfermedad en general y de cada una de ellas en particular. Así surgió la expresión de Arte Psicopatológico y publicaciones de cómo son las manifestaciones artísticas de la depresión, el alcoholismo, de la esquizofrenia o de la manía, por ejemplo. Muchos de estos estudios se concentraron en los trastornos bipolares y asocian con mucha frecuencia la creatividad a los estados de manía. Al psiquiatra le permitía penetrar en el mundo de la enfermedad mental. En este contexto la obra es como una parte integrante de la historia clínica del enfermo como una radiografía o un análisis de sangre.

Sin embargo, la calidad artística de mucha de esta obra no pasó desapercibida y en el espíritu del surrealismo surgieron iniciativas de hacerla pública en colecciones, auténticos *musea moriae*, alguno de gran fama, como la colección de Prinzhorn (1922) en Heidelberg o la del hospital Sainte Anne en Paris (2000), ambas iniciativa de psiquiatras con inquietudes artísticas. Un paso más fue la iniciativa de Jean Dubuffet que creó la *Compagnie de l'Art Brut*¹ y el museo que

¹ Entendemos por Art Brut las obras ejecutadas por personas indemnes de cultura artística en los cuales el mimetismo, contrariamente a lo que pasa en los intelectua-

existe con el mismo nombre en Lausana que alberga obra de genios como Adolf Wölfli y Aloïse Corbaz. La iniciativa de Dubuffet fue la respuesta a la exposición «*Entartete Kunst*» (Arte Degenerado) inaugurada en Munich en 1938, en el marco de la propaganda Nazi. En ella se exponían obras de la vanguardia pictórica (Chagall, Ernst, Kandinsky, Kirchner, Klee, Nolde y Munch entre otros) con otras de enfermos mentales².

El paso siguiente fue la organización de exposiciones como hicieron Robert Volmat y Jean Delay con ocasión del primer Congreso Mundial de Psiquiatría (París, 1950) y la de sociedades internacionales, empezando por la Sección de Arte Psicopatológico de la Asociación Mundial de Psiquiatría (Tomashoff y colbs., 1999) y exposiciones recientes.

ARTETERAPIA Y PSICOPATOLOGÍA DE LA EXPRESIÓN

En esta línea algunos psiquiatras descubrieron que muchas veces la obra artística expresaba estados anímicos que el enfermo no manifestaba de otra manera y comenzaron a utilizarla como medio de comunicación. La psiquiatra Nise da Silveira de Río de Janeiro es probablemente la figura estelar de esta perspectiva. Fue un personaje poco conocido hasta que en 1958 fue visitada por los psiquiatras Sarró, Ey y López Ibor en un viaje a Brasil. Da Silveira no se había atrevido a publicar sus hallazgos porque ponían de manifiesto en los enfermos de esquizofrenia estados anímicos a veces de una extraordinaria intensidad, porque contradecían las enseñanzas entonces universalmente aceptadas de Eugen Bleuler, que había descrito como síntoma fundamental de la enfermedad el embotamiento afectivo. Al lado de esto también describió que sólo el estudio de la producción a través del tiempo permitía desentrañar sus mensajes y convertirse en un medio de comunicación y por ende de terapia. Da Silveira era una mujer delicada que buscó a lo largo de su vida no

les, tenga poca o ninguna parte, de modo que sus autores sacan todo de ello (temas, elección de materiales, puesta en obra, medios de transposición, ritmos, maneras de escrituras etc.) de su propio fondo y no de los venenos del arte clásico o del arte de moda. Nosotros asistimos a la operación artística totalmente pura, natural, reinventada en el total de sus fases por su autor, a partir sólo de sus propios impulsos. Arte pues donde se manifiesta la única función de la invención y no aquellas, constantes en el arte cultural, del camaleón o del mono.

² Lo que están viendo es la producción degenerada de la locura, la impertinencia y la falta de talento (Adolf Ziegler, Presidente de la Cámara de Cultura del Reich, 1937).

combatir la enfermedad con fuerzas a veces violentas como era habitual en su época, sino recatar lo mejor, mas positivo y constructivo de sus enfermos. De hecho su actividad fue muchas veces considerada como una forma de terapia ocupacional, aunque bien visto iba mucho mas allá, entre otras cosas porque Da Silveira era seguidora de Jung y aplicó al estudio de la obra creativa de sus enfermos la riqueza del pensamiento de este discípulo y disidente de Freud. El Museo de la Imágenes del Inconsciente que ella fundó en 1950, sigue activo en la actualidad.

Desde esta perspectiva la obra de los enfermos mentales se convierten en un vehículo de comunicación y de relación personal, es decir en un lenguaje que hay que descifrar, aprender y compartir. Buenos ejemplos de esta tendencia son el psiquiatra Vittorino Andreoli (Andreoli y Marinelli, 2002), que cultivó su relación con un genio enfermo asilar, Carlo Zinelli, al que paseó por los círculos artísticos europeos y otro psiquiatra Gaston Ferdière que trató a Antonin Artaud (1980) en el manicomio Rodez. Este último pudo proteger y recuperar una parte importante de la obra de su enfermo, que había perdido su salud mental a raíz del consumo de peyote que había iniciado en un viaje a las tierras de los tarahumaras en Méjico.

CREATIVIDAD Y PSICOPATOLOGÍA

El análisis de la creatividad artística desde la perspectiva de la psicología y psicopatología permite afirmar que de todos los estados psicológicos y psicopatológicos asociados con ella destaca la angustia, tal y como aparece en textos de Kierkegaard (1984) o de Rilke (2002) que claramente describe la angustia como el acicate de su producción literaria. La primera de las Elegías de Duino, en la extraordinaria traducción llevada a cabo por Otto Dörr comienza:

*Quién, si yo gritase, me oiría desde los coros
de los ángeles? Y aun suponiendo que alguno de ellos
me acogiera de pronto en su corazón, yo desaparecería
ante su existencia más poderosa. Porque lo bello no es sino
el comienzo de lo terrible, ése que todavía podemos soportar;
y lo admiramos tanto porque, sereno, desdeña el destruirnos.
Todo ángel es terrible³.*

³ El énfasis del texto es mío.

Blankenburg (1971) ha descrito muy bien las diferencias entre el mundo del artista y el del enfermo con esquizofrenia al no encontrar grandes diferencias entre un poema de uno de sus enfermos y metáforas de otro poema de Rilke. La diferencia está en el autor y no en la obra. El genial poeta, terminado el poema, se lo entregaba al editor para publicarlo, el enfermo con esquizofrenia lo guarda, lo tira y no lo utiliza como medio de comunicación.

Un punto de vista original es el de Tellenbach (1983) que, buscando raíces más profundas en la creatividad, propuso que el esfuerzo por no caer en la depresión se convierte en el acicate para la creación artística en textos que recuerdan en muchos planteamientos a la psicohistoria (Erikson, 1958). Los estudios biográficos hechos desde esta perspectiva intentan demostrar cómo son geniales las personas que a la hora de encontrar soluciones para sus conflictos íntimos los encuentran también para los conflictos de la época y sociedad en que viven. También arrojan luz sobre el antiguo tema de genio y melancolía, que no afecta sólo a la creatividad de la manía, sino que se basa en las características del temperamento melancólico.

Antes de Tellenbach la noción más extendida es que la creatividad es consecuencia del humor maníaco, del temperamento ciclotímico o hipertímico. Esta interpretación es cierta, pero no la única. Así Andreasen (1987) en un estudio llevado a cabo con entrevistas estructuradas aplicando los criterios diagnósticos de investigación (RDC) a treinta escritores que participaban en un taller de la Universidad de Iowa, encontró que el 80% de ellos padecía algún tipo de trastorno del ánimo (37% depresión mayor, 30% bipolar II y 13% bipolar I), mientras en el grupo control la proporción era sólo del 30% (17%, 10% y 0% respectivamente). Por su parte, Jamison (1993, 1998), en un exhaustivo estudio, llegó a la conclusión de que gran parte de los genios, tanto de la literatura como de la pintura y de la música, han sido maníaco-depresivos o han sufrido al menos de una depresión mayor. Su estudio se basa en las biografías de estos genios, así como en algunos antecedentes genéticos. Los casos más estudiados por ella son Lord Byron, Lord Tennyson, Robert Schumann, Hermann Melville, Vincent van Gogh y Ernest Hemingway. Mas recientemente Akiskal y Akiskal (2007) han estudiado con su escala temperamental (TEMPS) a personas creativas en varios ámbitos, alguno de ellos no meramente artístico (Maremmani, 2010) sino también profesional, llegando a la conclusión que muchos de ellos están en el límite entre la salud y la enfermedad.

LA PERSONA ES CREATIVA, NO ASÍ LA ENFERMEDAD

La siguiente perspectiva, la más actual y revolucionaria es la de que la creatividad pertenece a la persona y no a la enfermedad. Para comprenderla hay que deshacer el mito que algunos grandes artistas lo fueron por haber padecido una enfermedad mental. Un caso prototípico es el de Vincent van Gogh. Bien es cierto que sus cuadros chocaron en su época y que con razón pudieron considerarse como la obra de un perturbado. Sin embargo, toda su pintura responde a consideraciones muy racionales, cosa que podemos saber gracias a su copiosa correspondencia con su hermano Theo (van Gogh, 2008), en la que describe el proceso de creación de casi todos sus cuadros. Permítanseme dos ejemplos, uno de uno de sus primeros cuadros, otro de uno de su apogeo creativo:

He tratado de enfatizar que esas gentes, comiendo las patatas con sus manos a la luz de una lámpara, han cavado la tierra con las mismas manos que las han puesto en la bandeja, y así habla del trabajo manual y de la honestidad como se han ganado su comida. He querido dar la impresión de un modo de vida muy diferente del nuestro, del de la gente civilizada. Por lo tanto no estoy en absoluto ansioso de que le guste o cause admiración a todo el mundo (30.04.1885: Las mujeres comiendo patatas)

En cuanto a la exposición de los Independientes, me da igual, actúa como si yo no estuviera allí. Por lo tanto, para no ser indiferente y no exhibir algo demasiado loco, a lo mejor bastaría con la «Noche estrellada» y el paisaje con la vegetación amarilla, que tiene el marco de avellano. Como son dos cuadros con colores que contrastan mucho, podrían dar a alguien la idea de hacer algo mejor de lo que yo hago (principios de Junio de 1889: La noche estrellada).

En consecuencia hay que buscar otra explicación para los síntomas alucinatorios que padeció van Gogh en algún momento. Lo más probable es que estos fueran una consecuencia del consumo de ajenojo al que se entregó el pintor. Esta bebida era la extracción del 40-60% de la esencia de la *artemisa absinthium*, aunque su concentración en la bebida era baja (2-4 mg/copa). Contenía, al contrario de la que hoy puede encontrarse, sustancias alucinógenas que fue lo que llevó a que su producción y comercialización fuera prohibida. Este licor contenía alcohol (75%), monoterpeno, que es convulsivógeno y tujona, que tiene una estructura semejante al D-tetrahidro cannabinol, además de

metanol, cálamo (*acorus calamus*), que es alucinógeno y mirística (*myristica fragrans*), de posibles propiedades psicodélicas. Los terpenos son alcaloides que producen adicción, hiperexcitabilidad, convulsiones, alucinaciones, daño cerebral y ansia por su consumo. Además para conseguir su color verde clorofila se añadía sulfato de cobre, índigo, cúrcuma (azafrán de las Indias), anilina verde y para enturbiarlo, cloruro de antimonio. La tujona es un terpeno tricíclico semejante al mentol, que interfiere el metabolismo de las porfirinas, lo que supone un riesgo elevado en personas con metabolismo de la síntesis de heme alterado. Cabe recordar que la pretendida locura del rey Jorge III de Inglaterra ha sido atribuida a una porfiria, enfermedad de la síntesis de heme (Hunter y McAlpine, 1991). Por otra parte está descrito que la intoxicación con ajeno se acompaña muchas veces de xantopsia, es decir de una visión teñida de amarillo. La xantopsia del periodo amarillo de van Gogh ha sido atribuida a la digoxina que el Dr. Gachet hubiera podido prescribirle, aunque no hay evidencia de que lo hiciera (salvo el hecho que en el retrato del Dr. Gachet este aparece con un ramillete de digitalis lanata). Por lo tanto, una posible explicación alternativa es la del consumo de absenta.

La presunta enfermedad mental de van Gogh encuentra en el episodio de la sección del pabellón auricular izquierdo un apoyo importante. Sin embargo hay que subrayar que no se trata de un acto habitual en la esquizofrenia ni en otra enfermedad mental. De hecho yo no conozco ningún caso, ni mío propio ni referido por un colega. Este hecho contrasta con el de otras mutilaciones, como por ejemplo la enucleación de un ojo, mas frecuente. Recientemente Kaufmann y Wildegans (2008) han publicado un libro con una explicación alternativa. Van Gogh perdió la oreja en un altercado con Gauguin, un excelente espadachín, por una prostituta llamada Rachel. Gauguin abandonó a su colega y la oreja nunca apareció. Se sospecha que fue a para al Ródano. Entra ambos amigos se estableció un pacto de silencio para no perjudicar a Gauguin. Por cierto, estos autores sostienen que van Gogh padeció una porfiria aguda intermitente, como la del Rey Jorge III de Inglaterra, y se basan en las descripciones que Gauguin hace de su comportamiento en esos días. La enfermedad la atribuyen a una intoxicación por componentes de la pintura (plomo, cadmio, arsénico).

Un ejemplo que contrasta con van Gogh es Zinelli, mencionado mas arriba. Carlo, que ese era su nombre de pila, fue un enfermo mental grave que pasó gran parte de su vida en el hospital psiquiá-

trico de Verona. Varios miembros de su familia habían mostrado dotes artísticas y él comenzó a pintar durante su internamiento. Este paciente tiene una obra que refleja un alto grado de innovación y es de una gran belleza y su psiquiatra, Vittorino Andreoli (1996), le hizo viajar para conocer círculos artísticos y pintores como Dubuffet, pero continuó sumido en su enfermedad. Como muestra de su estado bastan las siguientes líneas escritas por él (1996):

Miri miritàcca leratanl lerantanlir marileràr / e invese anca quel li no'l m'à mostra / e salta fora quel li / e l'è saltà ne l'Adese / el s'à negà / no'l s'à pì visto quel li / l'è r(I)ungo la cariola ligà / ligà al col / l'à ligà la cariola al f(s)ogo dela cariola / e po' l'uno l'à ciapà e l'à butà drento / ostia / se el me ciav(m)arà / sarà el me ciav(m)arà / no'te l'è mai visto to quel'anara li / l'è saltà zo e no' te l'è pì visto saltar su / e anca ligà / te sé così (te ghe lighi al col ti) / voaltri du la cariola voaltri du l'omo hop / hop hop 'era / alè hop alerateréna de l'anara no' te la vedi pì.

Lardo / lardàrico / larsenàdico / sansardico / sansàrda / sansàrdico / sì l'è là / 'isto l'à ciapà la Bruna / come 'verghe un chilo de pappe / o de sartécolo o 'l manso / o 'l banso di di mussa / di mussùdaca / o o o saldàr el sàldaco / del saldàracò àl(r)dao / del burri del burricàldac / del caldo del frabòrzico.

Nada comparable a la correspondencia de Vincent con Theo van Gogh.

Por otra parte son muchos los artistas que durante periodos de enfermedad mental perdieron su creatividad. Le sucedió a Hölderlin que pasó mas de la mitad de su vida encerrado en el ático de su carpintero cuidador en Nürenberg; le pasó a Artaud en sus últimos años de Rodez del que dijo Lacan: «parece haberse instalado en sus fantasías y dudo que pueda curarse jamás», «este hombre no volverá a escribir jamás» o «su delirio esta congelado». También es el caso de gran pintor venezolano Armando Reveron (Venezuela, 1889-1954), llamado «El Loco de Macuto», que en sus periodos de enfermedad se refugiaba en una choza al cuidado de una negra amorosa abandonando toda productividad.

Otras veces sucede como en el caso de Louis Wain (1860-1939), exitoso pintor de gatos en Londres. Antes de enfermar pintaba cuadro e imprimía postales con gatos en escenas tan delicadas como antropomorfas, que servían muchas de ellas para felicitar las ocasiones más memorables. Con la enfermedad sus cuadros y gatitos se fueron desfigurando en tres sentidos: 1) los espacios vacíos fueron

desapareciendo progresivamente. Hay que tener en cuenta que este *horror vacui* es frecuente en la obra de enfermos delirantes. 2) el aspecto del gato se fue deformando y fueron perdiendo la suavidad de su pelaje para tornarse espinosos, amenazantes e imposibles de acariciar y tan siquiera de tocar. 3) cuando al final el gato era apenas reconocible la distinción entre figura y fondo se había transferido a unos ojos espinosos y amenazantes, apenas aparentes, sobre un fondo tan inquietante. Hay que señalar que en el test de la figura humana de Karen Machover una característica de los enfermos delirantes es que pintan ojos grandes y resaltados, en relación con sus ideas de referencia (Romano, 1975).

En definitiva, la enfermedad termina por ser destructiva y aísla al sujeto del mundo. Kuhn (1963), describió las características del mundo de las personas con esquizofrenia como algo consecuente con su incapacidad de distinguir el *koinos kosmos*, mundo de las experiencias comunes, del *idios kosmos*, el mundo íntimo de cada uno de nosotros. Así, confunden sus fantasías con la realidad y viceversa y, sobre todo, se aíslan cada vez más en su mundo patológico. Es algo contrario a lo que sucede con la violencia, que hay que atribuir a la enfermedad y no al enfermo, con la consecuencia que el diagnóstico y tratamiento correctos disminuyen la violencia y sus riesgos. En el caso de la creatividad lo que aparece es el esfuerzo, a veces sobrehumano, de la persona por superar y dar sentido a las experiencias limitantes de la enfermedad y mantener un equilibrio y coherencia entre el *idos kosmos* y el *koinos kosmos*.

Las barreras entre el *idios* y el *koinos kosmos* se debilitan en el sueño, en la embriaguez y en los estados hipertímicos y maníacos. Sin embargo, un aspecto esencial es el de que la permeabilidad entre el *idios* y el *koinos kosmos* no es percibida por el enfermo delirante ni tampoco por el poeta. Preguntado sobre lo absurdo de sus ideas delirantes en torno a persecuciones de selenitas y comunistas John Nash contestó: «Las ideas que tenía sobre seres sobrenaturales me venían de la misma manera que mis intuiciones matemáticas. En consecuencia me las tomaba seriamente» (Nasar, 1998).

ARTE CONTRA ESTIGMA

En el momento actual se abre una nueva etapa en la cual la producción artística de los enfermos psiquiátricos puede ser utilizada como un instrumento para desestigmatizar la enfermedad.

El la obra artística del enfermo mental, como en la del que no padece ningún trastorno, hay que ver a la persona, no a la enfermedad, a la persona con toda su dignidad.

En exposiciones y libros recientes a veces es difícil distinguir donde termina la obra del enfermo y que hubiera sido de esta sin la relación con su psiquiatra. Son obras «a cuatro manos» lo cual supone un reto para el progreso del conocimiento y de la reinserción social de la enfermedad mental. En un libro reciente Pedro Quirós (2009) da un paso más, preocupándose por comprender y definir lo que es una obra de arte. Hace un repaso de manifestaciones en primera persona de artistas y críticos de arte y continúa con el análisis de la obra de un enfermo, José María, al que llama enfermo/amigo. Es precisamente esta doble relación la que permite el paso. No se trata del estudio de la obra de un autor reconocido por un psiquiatra, ni la de las producciones de un enfermo mental a través del prisma de un artista o crítico reconocido. Es una perspectiva nueva que desde su ambigüedad permite ver un nuevo panorama, o por lo menos recuperar una antigua, pero mal interpretada perspectiva.

Ya no se trata de contemplar obras en un museo y de diseccionar lo que hay de sano y cuerdo en ellas o hasta qué punto se superponen o contraponen a la producción de artistas consagrados, sino de reconocer, parafraseando a Griesinger (1845), «en las manifestaciones sanas y las morbosas el mismo orden de hechos».

BIBLIOGRAFÍA

- AGRIPA DE NETTESHEIM, ENRIQUE CORNELIO. *Filosofía oculta*. Sexta edición. Editorial Kier. Buenos Aires, 2004.
- AKISKAL HS, AKISKAL KK. «In search of Aristotle: temperament, human nature, melancholia, creativity and eminence». *J Affect Disord*. 2007 Jun; 100(1-3): 1-6.
- ANDREASEN, N.C. «Creativity and mental illness: Prevalence rates in writers and their first degree relatives». *American Journal of Psychiatry*, 144: 1288-1292 (1987)
- ANDREOLI V. et MARINELLI S., CARLO ZINELLI. *Catálogo generale*, Marsilio. Venecia, 2002.
- ANDREOLI, V. (1996), *Carlo a mad painter*, Venecia, Marsilio.
- ARISTÓTELES. *Problemas*. Biblioteca Clásica Gredos. Madrid, 2004
- ARTAUD, A. *Cartas desde Rodez*. Editorial Fundamentos. Madrid, 1980.
- BLANKENBURG, W. «Zur Differentialphänomenologie der Wahnwahrnehmung». *Eine Studie über abnorme Bedeutungserleben*. *Nervenarzt*. 1965 Jul; 36 (7): 285-98.

- Catálogo de la Exposición De Sainte-Anne et d'Ailleurs*, Galerie St-Germain, Paris, 28, Junio–11 Julio 2000.
- ERIKSON, E. *Young Man Luther. A Study in Psychoanalysis and History*. W.W. Norton. Nueva York, 1958.
- GRIESINGER, W. *Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten*. Krabbe. Stuttgart, 1845.
- JAMISON, R. J. *Marcados con fuego: La enfermedad maníaco-depresiva y el temperamento artístico* (Título original: *Touched with Fire: Manic-Depressive Illness and the Artistic Temperament*, New York: The Free Press, Division of Macmillan, Inc., 1993). México: Fondo de Cultura Económica (1998).
- KAUFMANN, H. y WILDEGANS, R. *Van Goghs Ohr, Paul Gauguin und der Pakt des Schweigens*. Osburg Verlag. Berlin, 2008.
- KIERKEGAARD S. *El concepto de la angustia*, trad. D. Gutiérrez Rivero. Guadarrama, Madrid 1984.
- KUHN, R. *Daseinsanalyse und Psychiatrie. Psychiatrie der Gegenwart: Forschung und Praxis*. Vol. 1/2, 853-902. Springer-Verlag. Berlin-Göttingen-Heidelberg, 1963.
- LÓPEZ-IBOR. J.J. and LÓPEZ-IBOR, M.I. «Anxiety and logos: toward a linguistic analysis of the origins of human thinking». *J Affect Disord*. 2010 Jan; 120 (1-3): 1-11.
- MACALPINE, I. y HUNTER, R. *George III and the Mad-Business*. Pimlico. Londres, 1991.
- MAREMMANI, I.; DELL'OSSO, L.; ROVAI, L.; PACINI, M.; ARDUINO, G.; MONTAGNARI, A.; ABBENANTE, D.; MAREMMANI, A.G.; GIULIO, P.; AKISKAL, K.; AKISKAL, H. «TEMPS-A[p] temperament profile related to professional choice: A study in 1548 applicants to become a cadet officer in the Italian air force». *J Affect Disord*. 2010 Aug; 124 (3): 314-8.
- NASAR, S. *A Beautiful Mind*. Touchstone. Nueva York, 1998.
- PANOFSKY, E., KLIBANSKY, R. y SAXL, F. *Saturn and melancholy*. Basic Books. Nueva York, 1964.
- PLATÓN. *El Banquete*. Diálogos vol. III. Problemas. Biblioteca Clásica Gredos. Madrid, 2003.
- PRINZHORN, H. *Bildneri der Geisteskranken*. Spinger. Berlin, 1922.
- QUIRÓS, P. *Pintura y enfermedad mental*. Astra Zeneca. Madrid, 2009.
- RILKE, RAINER MARIA. *Las Elegías del Duino*. Traducción, Prólogo, Notas y Comentarios de Otto Dörr. Madrid: Visor Libros (2002).
- ROMANO, M.E. *El dibujo de la figura humana como técnica proyectiva*. Gredos. Madrid, 1975.
- TELLENBACH, H. *Hiob-Melancholie oder Genialität des Transzendierens?* En Tellenbach. H.: *Schwermut, Wahn und Fallsucht in der abendländischen Dichtung*. Hürtgenwald: Guido Pressler 1983; p. 59-68
- THOMASHOFF, H.-O. y NABER, D. «Psyche and Art». Schattauer. Stuttgart, 1999.
- VAN GOGH, V. *Cartas a Theo*. Alianza. Madrid, 2008.
- VAQUERO TURCIOS, J. *Catálogo de la Exposición Estéticas de la Angustia*, Edificio Histórico de la Universidad. Oviedo, 1999.
- www.artagainststigma.org
- www.museumimagensdoinconsciente.org.br

INTERVENCIONES

Prof. Segovia de Arana

Quiero felicitar por esta extraordinaria y fantástica conferencia que nos ha dado Juan José, y es que uno está preocupado realmente por estos temas, ¿hasta que punto, en este caso la creatividad, es consecuencia de la persona, de la constitución, o es persona o es consecuencia del ambiente, ese ambiente nos forma o es nuestra constitución la que se une al ambiente la que va a dar lugar realmente a lo que después podamos hacer: creatividad, genio, etc.? Yo creo que en esta fantástica revisión que ha hecho, estas ideas, además que las ha ilustrado con el arte, la creatividad en el arte de una manera extraordinaria. Yo pienso que probablemente tengamos que ir más atrás de lo que históricamente se ha ido porque efectivamente con Kretschmer veíamos como los tipos, los que sabía, el tipo asténico, el leptosomático, el apopléjico... iban a tener una serie de enfermedades, hasta que Sirec dijo que no, que realmente aquello era producto de la propia persona, ahí nace la medicina psicosomática en este sentido, pero creo que persiste la idea, hasta qué punto si no ves la constitución de la persona en si misma, si son los tipos, la tipología famosa de Kretschmer, hasta qué punto hoy día podemos pensar que lo que es está en los genes, en la medicina genómica, este ambiente que realmente nos viene que nos va a cambiar por completo nuestra sociedad sobre la medicina, no será que efectivamente son esos genes, esa constitución génica la que va a dar lugar a esas posibilidades de desarrollo, probablemente si, además cierto que esos genes que están en todo nuestro genoma puedan ser manejados de una manera adecuada y hay está nada menos que la farmacogenética, como tu realmente has apuntado en algún caso. Creo que has hecho una espléndida y modernísima revisión de un conjunto de ideas que van desde la constitución al ambiente y del ambiente a la creatividad y lógicamente estoy contigo que la creatividad no depende de la enfermedad, depende del hombre enfermo y como hemos visto en esas magníficas ideas de Fangot, como va cambiando a medida que va siendo más profunda su enfermedad, va cambiando su creatividad, sus cuadros, realmente es una idea magníficamente desarrollada por lo que te felicito.

Dr. Valtueña Borque

He escuchado con muchísima atención la preciosísima conferencia del Prof. López-Ibor y si se me permite quería en primer lugar breves segundos hablar de mi mismo, y es que una vez que fui jubilado de la profesión de médico estudié durante seis años la licenciatura de Historia del Arte, me intereso tantísimo muchas cosas que luego hice un master en Arte Abstracto Americano, tuve un gran profesor, desafortunadamente ya fallecido hace unos meses de un tumor cerebral y realmente él ponía como ejemplo de arte americano la propulsión de becas muy cuantiosas que dio el Presidente Roosevelt después de una vez que había «ganado» Norteamérica la Guerra Mundial, se dio una vuelta por la National Galery pidiendo que le enseñasen las diversas formas de arte que allí había, había arte francés comprado, arte inglés también comprado, arte alemán pero sin embargo, no había ningún arte americano, entonces dijo «tiene que existir un arte americano y yo me voy a comprometer a que exista en un plazo lo más breve posible y para eso voy a dar mucho dinero», y dio mucho dinero y a esas becas se apuntaron mucha gente que no eran más que oficios, que no tenían realmente ninguna consideración artística y entonces de allí salieron los cuadros más cotizados en la actualidad, entre otros los de Jackson Pollock, los de Modigliani, anterior, francés, los de Warhol, etc..., son las cifras supremas de precios en las subastas que se hacen en crisis o en sorbis y realmente hay que estudiar curiosamente las cartas y las biografías de estos señores para saber que se apuntaban a todo tipo de drogas, especialmente Jackson Pollock para tener posibilidad de pintar, de pintar unas pinturas que verdaderamente son de un expresionismo abstracto que desde mi modesto punto de vista muy criticable pero que ha alcanzado cifras astronómicas. He aprendido muchísimo, le felicito al Profesor por la hermosísima conferencia que nos ha dado, me quedo siempre como decía mi profesor, que tuvo la sugerencia de uno de los últimos libros que publicó dedicármelo a mi, de saber hasta donde las drogas pueden ocupar dentro de la personalidad del artista un lugar suficiente como para que se produzca el arte.

Dr. Martínez-Fornés

En primer lugar felicitar al Prof. López-Ibor por la lucidez con que ha presentado un tema al cual no pocos psiquiatras y psicólogos se han empeñado en oscurecer últimamente, y después hacer una pregunta, más que al insigne psiquiatra al humanista, y es que en el Diccionario de la Academia de la Lengua confunden creatividad, no definen, describen, casi con las mismas palabras creatividad, imaginación y fantasía, y yo creo que con matices son tres cosas completamente distintas, yo he intentado aproximarme y hoy me gustaría saber su opinión ¿si la fantasía es la sala de la imaginación, la creatividad sería el aire que sostiene e impulsa las alas? Muchas gracias.

MELANCOLÍA, CREATIVIDAD Y SURREALISMO

Por el Ilmo. Sr. D. CARLOS CARBONELL MASÍÁ

Académico Correspondiente

La melancolía tiene una antigua historia, desde los comienzos del siglo IV antes de J.C. Aparece entonces por primera vez la palabra Melancolía, formado con la asociación de dos términos griegps Khole (bilis) y melanos (negro), bilis negra. Traducida la palabra al latín como Melancolía para la lengua española con el mismo nombre.

La aparición del concepto melancolía coincide con las primeras definiciones del hombre por los pensadores griegos. Después de las descripciones de las leyes que rigen la naturaleza aplican estos principios al individuo. Si en la naturaleza hay cuatro estaciones y la materia tiene cuatro cualidades fundamentales (lo caliente, lo frío, lo seco y lo húmedo) en el hombre deben existir cuatro elementos.

A principios del siglo IV antes de J.C. en la obra «De la naturaleza del hombre», Hipócrates (Isla de Cos 460-Larissa, Tesalia 377 antes de J.C.), describe en el cuerpo humano cuatro humores: Tres sustancias supuestamente residuales de parte de los alimentos no digeridos por el cuerpo —la bilis negra (llamada melancolía), la bilis amarilla y la pituita (o flema) a las que se añade la sangre para hacer una buena mezcla y llegar al número cuatro, reputado como ideal. La salud está determinada por el equilibrio de los cuatro humores y la enfermedad proviene del predominio de uno de ellos. La bilis negra o melancolía designa a la vez una sustancia natural del cuerpo y la enfermedad debida al exceso de esa sustancia.

Se supone que la existencia de la bilis negra se dedujo de la observación de vómitos de color oscuro. Los griegos pensaban que esta bilis se encontraba en el bazo, ya que esta víscera, como la bilis,

tiene un color marrón como habían podido comprobar en las disecciones.



«Aquí me duele», señalando el bazo con su dedo.

«Si el temor y la tristeza duran mucho tiempo, tal estado es melancólico». Esta definición de la Melancolía sacada de los Aforismos de Hipócrates inaugura el diagnóstico tradicional definido por la tristeza y el temor. A esta primera observación clínica se superpone pronto una visión filosófica que nace en el círculo aristotélico. en el problema XXX, cuya atribución a Aristóteles aún se debate. Este texto contempla la melancolía no ya como una enfermedad sino como una manifestación ligada a la genialidad.

Sócrates (Attica 470 - Atenas 299 antes de J.C.), en su relato sobre la divina locura, dice que la locura viene como un don del cielo, es el canal a

través del que recibimos la mayor de las bendiciones y el camino para conectar con las más nobles de las artes, el arte de prever el futuro. Por lo tanto, según la evidencia proporcionada por nuestros antepasados, la locura es más estimable que el sentido común, ya que la locura viene de Dios y el sentido común es simplemente humano.

Locura, en el sentido empleado por Platón (Atenas 428-347 antes de J.C.) y Sócrates, se refiere a un amplio número de trastornos del pensamiento y de las emociones, no sólo a las psicosis. Posteriormente, Aristóteles se refirió más específicamente a las relaciones entre melancolía, locura e inspiración. ¿«A que se debe que todos los hombres sobresalientes en filosofía, poesía o artes son melancólicos?».

Las traducciones de numerosos textos de Platón realizados por Leonardo Bruni a partir de 1405 marcan en Italia la era del neoplatonismo. Su principal instigador el filósofo italiano Marsilio Fi-

cino (1433-1499) se basa en los diálogos de Platón para elaborar su humanismo en el que considera la razón como la primera virtud del hombre y su manifestación ideal la especulación filosófica solo accesible, como sostiene Platón, si el alma se libera del mundo sensible: «Filosofar es aprender a morir» como figura en el *Phédon* de Platón. En este intento de sublimación Ficino se encuentra con el obstáculo de la melancolía, «ese temperamento saturnino». Sin embargo Giovanni Cavalcanti le hace ver a Ficino que los astros no pueden tener una influencia maléfica. Por el contrario a Saturno se deben notables cualidades: la memoria, la audacia, la inteligencia y la sabiduría.

Para Ficino la naturaleza de la melancolía, como indicó Aristóteles, es un don excepcional y divino. En sus libros *De Vita Triplici* (1497) describe y consagra definitivamente la «melancolía generosa».

Si Ficino fue el primer introductor de la obra de Platón, quien tuvo en Alemania ese papel fue Agrippa de Nettesheim, filósofo versado en ocultismo. En su «*De oculta Filosofía*» que apareció publicada en 1533, aunque su manuscrito ya circulaba entre los círculos cultos alemanes desde 1510, cuatro años antes del grabado de Dürero. Las ideas del filósofo alemán ofrecen analogías curiosas con el grabado de Dürero. Junto a la tradicional bilis negra responsable de todos los males en la concepción patológica de la melancolía, Agrippa de Nettesheim distingue una bilis blanca a la que atribuye el entusiasmo susceptible de estimular la creatividad. Se derivan tres tipos de melancolía relacionadas según un orden ascendente con las tres facultades del alma: La imaginación, la razón y el espíritu. La primera, «la *Melancholia imaginationis*», es la sede de los «demonios de rango inferior». Gobierna «a los hombres más incultos», a los que permite acceder al estatuto de pintor y de arquitecto. También reina sobre las catástrofes naturales de las que los cometas y los arco iris son los signos premonitorios.

La segunda, «la *Melancholia rationis*» reúne a los filósofos, los doctores y los oradores que, gracias a los demonios intermediarios, acceden al conocimiento por la razón. Los libros y todo lo que se refiere al tiempo y a los números pertenecen a esta segunda esfera melancólica.

Finalmente, «la *Melancholia mentis*» reúne a los espíritus más elevados a los que revela la ley de Dios. En su esfera de influencia, los cometas y los arco iris pueden también anunciar el acontecimiento de una redención final.

El tema se ha ilustrado con una abundante iconografía ligada a la melancolía. Una de las obras centrales sobre este tema es el célebre grabado de Durero (Nuremberg 1471-1528). Melancolía I.



Autorretrato de Alberto Durero (1498).



Melancolía I (Alberto Durero, 1514).

El grabado de Durero «Melancolía» se ha considerado como una obra embleática de la melancolía. El grabado representa una escena por la noche, en el exterior, sobre un promontorio dominado el mar y a lo lejos, una ciudad costera. Aunque se trata de un lugar al aire libre no aparece nada que evoque la naturaleza: no hay árboles ni arbustos. Se ve una extraña construcción sin ventanas y en una de las paredes se apoya una escalera de mano y al pie una mujer sentada, vestida con ricos ropajes de cuya espalda salen dos poderosas alas. Apoya la cabeza sobre su puño izquierdo. En su mano derecha sostiene un compás. Pero su mirada no se dirige ni al compás ni al libro cerrado que reposa entre los pliegues de su vestido. Tampoco mira a los instrumentos de medida colgados de las paredes ni a los objetos de geometría o de arquitecto esparcidos por el suelo ni a la esfera o al poliedro que representa al prisma.

El angelote colgado sobre un rodillo y que garabatea en una libreta de escolar, y el perro dormido, animal de compañía de melancólicos y de eruditos no parecen llamar la atención de la mujer. Tampoco se fija en los fenómenos atmosféricos que aparecen en el horizonte ni parece interesarse por el ave parecida a un murciélago que sostiene una banderola con la inscripción «MELANCOLÍA I». Su mirada parece concentrada en una lejanía invisible fuera del campo del grabado. Esta obra se ha considerado una muestra emblemática de una nueva concepción de la melancolía a partir del Renacimiento.

¿Cabría ver en la Melancolía I la primera de las melancolías descritas por Agrippa de Nettesheim, es decir, la «Melancholia imaginationis»? Además de que esa afinidad explicaría la cifra I y la presencia del cometa y del arco iris, también muestra la actividad del artista, la pintura explícitamente mencionada por el filósofo alemán para definir el campo de esta melancolía. Pero nada impide pensar que Durero haya querido también incluir en su grabado elementos relevantes de la Melancolía rationis, instrumentos de medida y el libro, para indicar la dirección hacia la que tiende el primer estadio de la melancolía. De hecho la figura inventada por Durero desvía la mirada de los instrumentos esparcidos por el suelo, que podrían ser los del arquitecto... Igualmente la melancolía mentis no estaría ausente del grabado si consideramos que Agrippa de Nettesheim veía en los cometas y los arco iris no solamente los presagios anunciando una catástrofe natural, pero también, en definitiva, los signos de una redención venidera.

Veintiocho años después del grabado de Durero, Cranach reproduce en una magnífica «Melancolía» símbolos y personajes del grabado.

Durante el Renacimiento se reavivó el interés por las relaciones entre genialidad y locura. Se renueva la tradición aristotélica según la cual el melancólico es ante todo un hombre genial.

La palabra y el concepto melancolía alcanzó una gran extensión siendo de cierta manera equivalente a locura o enfermedad mental. A finales del siglo XVIII, autores como Esquirol y luego Dagonet y Foville para designar la Melancolía, acuñaron el término Lipemanía que englobaba los delirios de mariz depresivo a diferencia de los delirios parciales o monomanía.

La posible conexión entre locura y creatividad genial es una de las ideas culturales con más arraigo. La estrecha relación entre los antiguos dioses, la locura y los genios creadores se describía en los



La Melancolía (Lucas Cranach L'Ancien, 1532).

mitos pre-helénicos y en la locura más dramática en la Dionysian Struggles oscilaba entre violencia y creación, y entre locura y razón.

Durante el Romanticismo del siglo XIX se insistió en la importancia de la melancolía en la creatividad y también en la importancia de la inspiración y de las «Musas» como atributos del genio.

La melancolía, causa de sufrimiento y de locura también, se ha considerado, desde Aristóteles, como parte del temperamento de los hombres marcados por la grandeza: los héroes y los genios. Su denominación de «enfermedad sagrada» hace referencia a sus especiales características. Ha sido objeto de muchas descripciones literarias o éticas y su marco actual en la psiquiatría corresponde a la depresión.

Charles Baudelaire, dice que «para juzgar lo bello no tenemos que detenernos en la forma, lo bello, en realidad, es lo asombroso». Por otra parte, para Baudelaire, un gran artista, es necesariamente un artista melancólico.

Una de las vías para valorar las relaciones entre la melancolía (entendida como enfermedad mental, según se la consideraba hasta

el siglo XIX) y la creatividad, ha sido la comparación del arte surrealista y las obras creadas por enfermos mentales.

* * *

GUILLAUME APOLLINAIRE (Wilhelm Apollinaris de Kostrowitsky. Roma, 26 de agosto 1880-París, 9 noviembre 1918) utilizó en el año 1917, por primera vez, el término «surrealismo», que prefirió al de «sobrenaturalismo», para referirse a un nuevo movimiento intelectual y artístico caracterizado por el automatismo «psíquico» como una nueva actitud ante la realidad del momento rechazando el pasado y mostrando un culto por lo nuevo.

En su manifiesto utilizó la siguiente imagen: «Cuando el hombre quiso imitar el andar, creó la rueda, que no se parece en nada a una pierna. Así hizo surrealismo sin saberlo».

ANDRÉ BRETON siguió el camino iniciado por Apollinaire. En su *Manifeste du Surréalisme* (1924) hace una tentativa de explorar en profundidad al mismo tiempo el mundo (especialmente su realidad oculta) y el pensamiento (sobre todo el inconsciente) para dar un conocimiento total de ambos.

Se trata de un movimiento estético cuyas obras se caracterizan por su contenido absurdo inmediato, con un dictado del pensamiento en ausencia de todo control ejercido por la razón, fuera de toda preocupación estética o moral.

«El movimiento surrealista demanda que le sea acordado a sus producciones tanto lingüísticas como plásticas el estatuto de experimentación científica».

Sus propuestas fundamentales consisten en el predominio de la espontaneidad sobre la construcción; de la libertad sobre la disciplina; de las imágenes internas sobre la preocupación por la forma; de la «sobrerrealidad» y no de la realidad.

Según el anticonstruccionismo se produce un rechazo de la elaboración lógica formal; la obra de arte debe surgir espontáneamente, «de golpe».

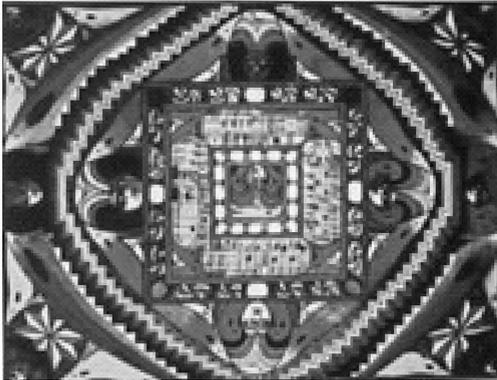
El antirrealismo se caracteriza porque todo el movimiento estético se desplaza de la plana imitación naturalista que consagra todas las torpezas e impotencias hacia el mundo de las imágenes. La evasión de la realidad constituye el rasgo más provocador del surrealismo.

La libre espontaneidad sistemática de la forma en la creatividad surrealista, y un «talento artístico» de algunos enfermos mentales,

hacen que coincida ocasionalmente el valor estético de los unos y de los otros.

Existen obras de arte reconocidas creadas por enfermos mentales:

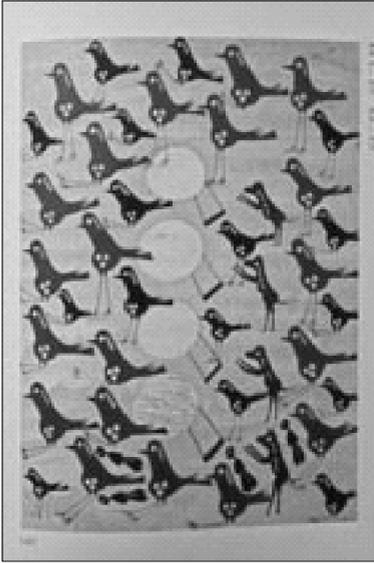
- **Formas estéticas modificadas (Wölfli, Aloïse y Carlo Zinelli)**



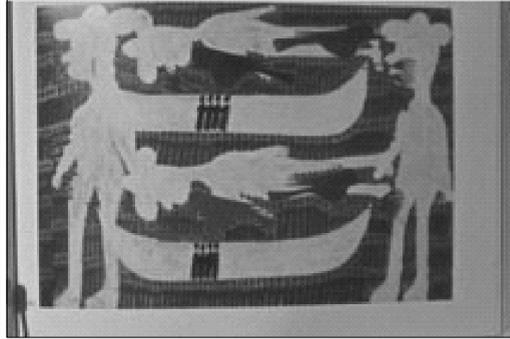
Adolf Wölfli (1922). Colección de «L'Art Brut», Lausanne.



Aloïse Corbas (1886-1964).



Carlo Zinelli (1957).



Carlo Zinelli (1957).

La creatividad surrealista se produce libremente. Sus manifestaciones pueden tener apariencia de locura, «libre-locura», es decir, «ausencia de locura».

El absurdo surrealista tiene la magia de los significados insólitos e inefables en los que el mundo se desarrolla en el fondo de nosotros mismos, como en las manifestaciones virtuales de los sueños.

Sin embargo, la psicosis, la locura, el delirio, llevan a la pérdida de la libertad interior y a una «represión forzada al automatismo como la que se produce durante los sueños».

La locura constituye en todas sus formas un atentado a la libertad interior.

El pensamiento delirante es un pensamiento impuesto, forzado. No es un simple fenómeno mecánico, sencillamente es menos voluntario, menos conscientemente y menos libremente dirigido, ya que escapa a las formas superiores de la integración psíquica.

La locura no produce «la obra de arte». Libera «la materia estética», el núcleo más personal, inmanente a la naturaleza humana.

La locura puede coexistir con ciertas formas de creatividad estética o imprimirles caracteres estructurales particulares.

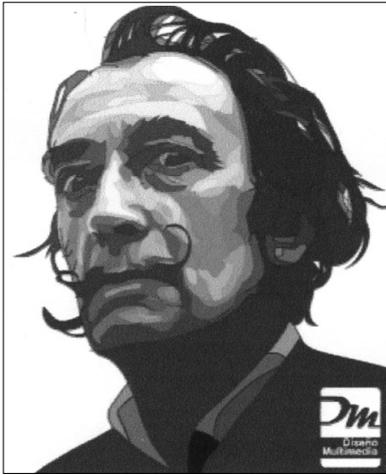
En enfermo mental no se vuelve artista por el hecho de su enfermedad.

El artista puede volverse loco sin dejar de ser artista, aunque no sea el mismo artista.

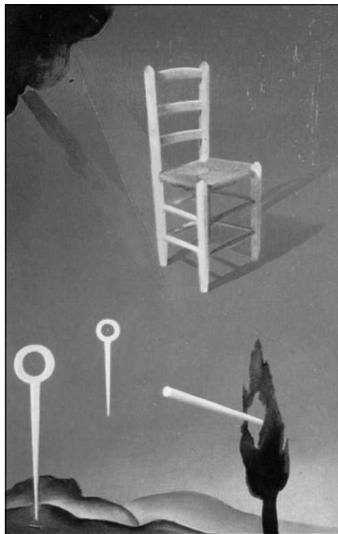
La creatividad artística, por muy libre y extravagante que sea una obra de arte con una forma y un estilo.

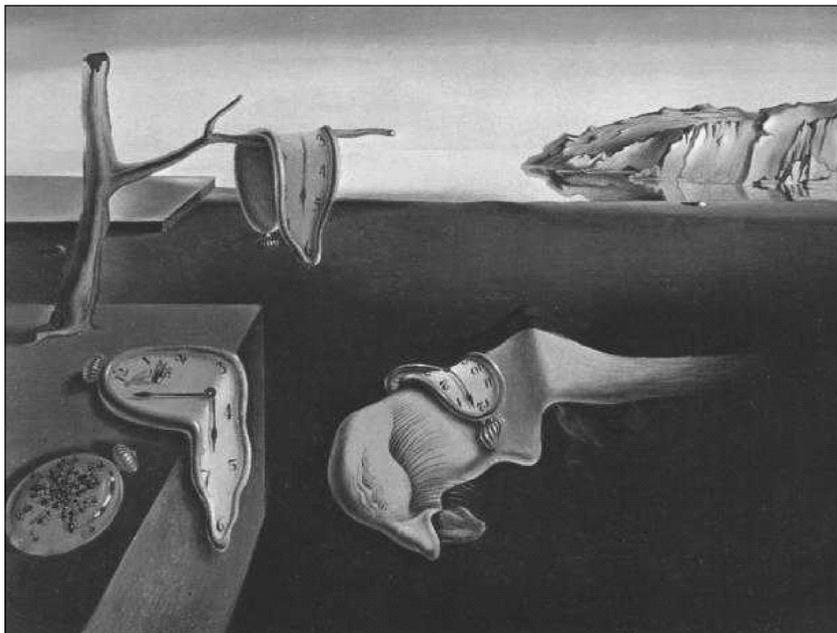
La locura no es una condición necesaria ni suficiente, ni del genio, ni de la obra de arte, ni por consecuencia de esa forma de estética que es el surrealismo.

Las imágenes que figuran a continuación son una muestra de obras plásticas de reconocidos artistas del surrealismo.

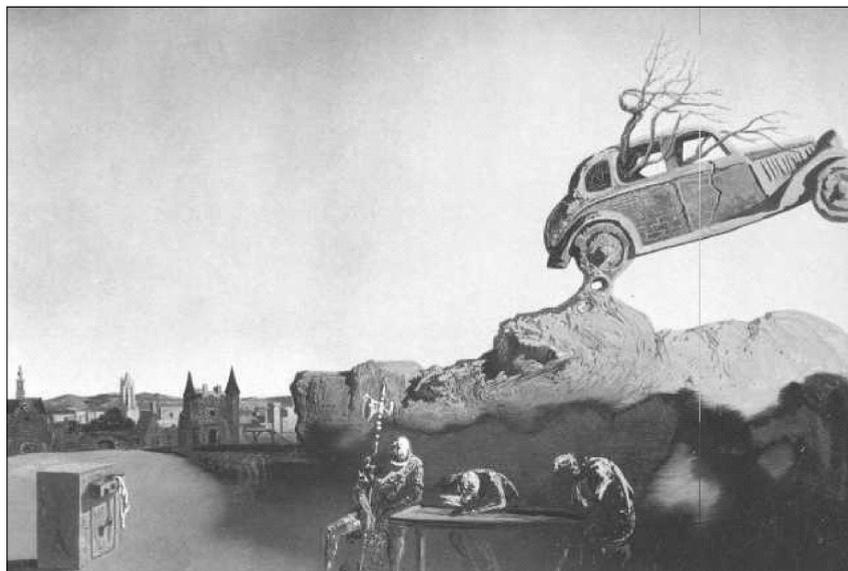


Salvador Dalí
(1908-1989).





Salvador Dalí (1908-1989).



Salvador Dalí (1908-1989).



Salvador Dalí (1908-1989).



René Magritte (1898-1967).



René Magritte (1898-1967).



René Magritte (1898-1967).



Antonio Mingote (1919).



Antonio Mingote (2008).

En todo caso la depresión y el sufrimiento de algunos enfermos se muestran con gran fuerza expresiva en la frase de Antonin Artaud.

La frase de Antonin Artaud engloba la fuerza creativa capaz de ser engendrada por la depresión y el sufrimiento: «Personne n'a jamais écrit, peint, sculpté, modelé, construit ou inventé sauf pour s'échapper littéralement de l'enfer». (Nunca nadie ha escrito, pintado, esculpido, modelado, construido o inventado salvo para escapar literalmente del infierno).



Doctor Gastón Ferdière con Antonin Artaud
(Hospital Psiquiátrico de Rodez, 1946).



Autorretrato Antonin Artaud
(hacia diciembre de 1947).

INTERVENCIONES

Prof. Sánchez García

Quiero felicitarle por la charla que me ha encantado, entre otras cosas porque me gusta mucho Magritte, y otros pintores, y los cuadros que usted ha puesto; yo los utilizo muy frecuentemente a veces en la enseñanza, concretamente el último del huevo, que estaba pintando el pintor y siempre digo a la gente «hay que hacer la pregunta adecuada para saber que cuando uno está haciendo la pregunta y quiere obtener respuesta, le pase lo que a Magritte con el huevo y pinte el pájaro». Quiero hacerle dos o tres comentarios muy breves, el primero entiendo que según dice usted el artista nace no se hace, esta es la conclusión a la que yo he llegado, entiendo sin embargo que si no se hace, si se modula por las circunstancias endógenas y exógenas, etc, eso es una cosa que me gustaría que me aclarara. Luego hay otra cosa que me ha llamado muchísimo la atención, se ha hablado aquí de creatividad, menos de inspiración y menos de trabajo, entonces la pregunta que yo hago es la obra genial sea artista, de tipo artístico o científico, es debida a la creatividad por inspiración y mucho trabajo, entonces pregunto ¿cuál es lo primero el mucho trabajo, seguido de inspiración y finalmente de creatividad o la creatividad el primero seguido de inspiración o pueden andar independientes y los tres dar lugar a obras geniales? Es una cosa que a mi siempre me ha preocupado, por eso me ha gustado mucho escuchar esta charla suya y la anterior del Prof. López-Ibor, que no he intervine en ella pero también quiero felicitarle. Muchas gracias.

Prof. Segovia de Arana

Yo tengo fama de ser una persona callada pero esta tarde estoy demostrando lo contrario, y es que en los temas que estamos debatiendo son de un interés extraordinario, tremendo, que nos hacen pensar realmente mucho, como los conferenciantes nos están haciendo pensar. Una de las cosas que comentábamos antes de empezar esta Sesión entre varios asistentes es la riqueza que tiene el lenguaje español, cómo nuestro lenguaje es realmente muy rico en la expresión de variedades que hoy día vamos viendo que son como con-

quistas de la ciencias actual, es decir que nuestro lenguaje se ha adelantado en muchas ocasiones con palabras que matizan sentimientos, ideas, que son de una rabiosa actualidad, yo creo que en este sentido la palabra melancolía que ha sido el eje de esta presentación, todo el mundo podría decir «¿y qué es la melancolía?» e inmediatamente podría dar una definición adecuada de la misma, pero nuestro lenguaje, como digo, tiene otras muchas más variedades en este aspecto, es admirable ver como a lo largo de los tiempos se han ido haciendo estas matizaciones, estas palabras nuevas que evidentemente hoy día se compaginan muy bien con lo que vamos conociendo acerca del funcionamiento del cerebro.

Prof. Galindo Tixaire

Primero quiero felicitar al Prof. Carbonell por su conferencia. Me ha llamado un poco la atención, tanto en esta como en la anterior, la escasez de científicos que han aparecido entre los posibles creadores melancólicos, únicamente se ha citado a John Nash, un gran matemático pero que no es el mejor de los matemáticos que ha habido, me gustaría saber si es que la creatividad científica no es tan importante como la creatividad artística, y yo sentiría eso profundamente porque como dijo Voltaire hubo más imaginación en la mente de Arquímedes que en la de Homero, por eso querría saber ¿cuál es su opinión sobre personajes científicos de la alta ciencia como puede ser un Einstein, un Newton, un Gaos,... si ellos tenían algo de melancólicos o no? Gracias.

Prof. Campos Muñoz

En primer lugar felicitarle por su conferencia igual que al Prof. López-Ibor porque creo que han sido dos excelentes conferencias que nos invitan a reflexionar, y yo voy a hacerle una pregunta que quizás se debe a que no soy capaz de percibir todo lo que se expone desde la tribuna, es la siguiente ¿qué hay de enfermo en un pintor surrealista, o qué hay de normal en un enfermo que pinta surrealista, o al contrario de todo o es que pintar surrealista es sólo una expresión que es independiente de estar normal o estar enfermo?

Prof. Rubia Vila

Yo también quiero unirme a las felicitaciones de ambos conferenciantes, quisiera decir que yo no tengo ningún problema en creer el común denominador de ambas conferencias, que la creatividad no surge de la enfermedad sino de la persona, y digo creer porque como no tenemos datos científicos suficientes es una especie de creencia, sin embargo todo esto ¿es afirmación?, en realidad a lo que nos lleva es a preguntarnos porque entonces la coincidencia de personas que han sido geniales y que al mismo tiempo han tenido enfermedades mentales, es decir, ¿cuál es el hecho que une a estas dos cosas?, aunque por lo visto tanto uno como otro defienden la independencia de la enfermedad mental y de la creatividad. Muchas gracias.

Prof. Lucas Tomás

Gracias Sr. Presidente. Quería hacer solamente un comentario acerca de lo que se ha dicho hoy. Los dos han seguido una misma línea, fundamentalmente de la creatividad y de las sensaciones. La mayoría de los médicos que estamos aquí somos organicistas, así nos educaron. Yo pensaba que iríamos a oír también algo sobre la sinapsis y la biología de la sinapsis, los medicamentos, y no ha sido así, con lo cual me quedo sorprendido. Si nos quedamos en la creatividad, la pregunta la hago a los dos. En este caso es ¿por qué siempre estamos hablando de los pintores y no hablamos de los músicos?, no es que yo tenga predilección por la música, quiero decir que hay personas que tenemos más sensibilidad por la pintura, o más sensibilidad por la música. La música tiene una fuerza enorme, una potencia mayor, porque además se escucha nueva según se interpreta, la pintura solamente se ve y la imaginación hay que ponerla, esta es la pregunta.

También todo lo que han estado ustedes diciendo ¿podría transpolarse al mundo de la música o de otras bellas artes? Y el comentario final y termino, volviendo al principio, la bioquímica de la sinapsis y la alteración por aquellas drogas que tomaban los impresionistas al final de siglo, etc., comprendo que todo aquello les alterara, que ellos vieran amarillo todo o del color que fuere. Estoy totalmente de acuerdo con eso. Solamente darle las gracias a los dos por la comunicación.

LA ESQUELETOMAQUIA DE CARLOS GONZÁLEZ RAJEL. Ver más allá de donde alcanzan nuestros ojos

*Exposición en defensa de la persona y de la producción pictórica
de artistas afectados de alteraciones mentales*

Por el Sr. D. CALIXTO PLUMED MORENO, O.H.*

INTRODUCCIÓN

Parece que se precisa de interioridad, sin la que no habría autenticidad en el arte. En el arte moderno, la interioridad del artista tiene una manifestación privilegiada en el surrealismo y también en la pintura gestual, el expresionismo abstracto o la *action painting*, que ponen en primer plano el inconsciente de la persona, la exteriorización inmediata de los sentimientos o de las sensaciones interiores, a buscar un sentido comunicable y a compartir una condición humana común. Las tendencias minimalistas o geométricas, las búsquedas formalistas y combinaciones matemáticas, los experimentos técnicos o lúdicos, la pintura a rodillo, a pistola o con cinta adhesiva, el hiperrealismo publicitario son transgresiones del imperativo de expresión personal y de impacto emocional, sobre todo cuando juegan físicamente con la percepción del espectador¹.

Por otro lado hay debate sobre el encanto del arte, ya que al no tenerlo, deja de ser tal. ¿Por qué? Sencillamente porque la obra de

* Doctor en Psicología. Psicólogo Clínico. Profesor Agregado en la Escuela de Enfermería y Fisioterapia San Juan de Dios. Universidad Pontificia Comillas. Comisión Interprovincial de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios. Madrid. calixto.plumed@sjd.es; cplumed@upcomillas.es

¹ Cf. NATHALIE HEINICH (2010). «La falsificación como reveladora de la autenticidad». *Revista de Occidente*, n. 345, febrero, pp. 23-24.

arte de ahora suele incluir y hacer aquello que no es arte. Se trata, en parte, de una situación semejante a la planteada por el *kitsch*, allá a mediados del siglo XIX, cuando, en paralelo al periodo llamado de las *Arts & Crafts*, se extendió la mecanización, la producción en serie y la multiplicación que trajeron consigo, como señaló Walter Benjamin, la desaparición del *aura* de la obra. Pues bien, si antes estaban, por ejemplo, los Piero della Francesca y los Sassetta, hoy en día, junto a los Bacon y los Giacometti, hay una miríada de pseudo artistas que son y seguirán siendo siempre eso, *artistoides*².

La aproximación al mundo del arte como hacemos aquí, abre caminos inéditos y, el ansia de conocer, nos puede llevar a desembarcar en lugares imprevistos. Estar en contacto diario con la psicología y psicopatología humanas, hace reflexionar sobre las posibilidades del hombre y su proyección hacia un futuro, en muchas ocasiones, totalmente incierto. Fusionar ambas alternativas, arte y psicopatología, en un proyecto concreto implica pensar en personas que viven, o han vivido y han dejado su huella y su producción para la pequeña y gran historia.

Éste es el caso concreto de cuantos pueden disfrutar de la creación artística de personas marcadas con la enfermedad, porque la naturaleza trabaja al azar, aunque sin deteriorar, sino muy tarde, su genio pictórico. También se encuentran producciones de personas enfermas que, sin una cualificación artística definida como tal, han plasmado su acción que también podría enmarcarse dentro del inadecuadamente denominado arte psicopatológico. Dos aproximaciones válidas aunque diferentes desde la Psicología del Arte:

- hacia una persona artista que cae enferma, y
- hacia una persona enferma que realiza una actividad pictórica;
- quedando abierta una puerta para el ¿artista no enfermo?

Bien sabemos que el autor de un importante libro sobre el tema de psicopatología del arte³, no parece muy objetivo, ni acertado al menos en la fidelidad a los diagnósticos, ya que, a un mismo autor o artista, lo encuadra como *esquizofrénico*⁴ y como *hipomaniaco-al-*

² Cf. GILLO DORFLES (2010). «Falsificaciones y fetiches». *Ibidem*, pp. 67-68.

³ ESCUDERO VALVERDE, J. A. (1975). *Pintura psicopatológica*. Madrid, Espasa Calpe S.A. No obstante la crítica que se hace con estas palabras, se toman muchas referencias que hacemos de su obra, que no por ello deja de ser una buena iniciativa, además de estar vinculado el propio autor al Centro de Ciempozuelos de cuya Clínica Militar fue director en su momento.

⁴ O.c. pp. 93-98.

*cohólico*⁵ y menos cuando identificamos en los dibujos impresos al autor de los mismos, porque su obra es conocida. Según figura en su Historia C. 13.164, fue diagnosticado de *psicosis mantaco-depresiva y demencia alcohólica*, y su proceso de enfermedad fue seguido por diversos doctores del Centro Psiquiátrico en su momento concreto.

¿De qué podría ser indicio esta falta de acuerdo? Al menos se puede sospechar que los temas que giran sobre el concepto del arte, no quedan claros y, en consecuencia por extensión, el denominado con frecuencia como Arte Psicopatológico no está suficientemente desarrollado, ni parece adecuada tal denominación. Sí se ha escrito bastante sobre la relación entre arte y locura con diversas posiciones teóricas⁶. Algunas muestras y colecciones, así como museos, principalmente en Centroeuropa y América del Norte, se están preocupando por el arte psicopatológico⁷. No sucede lo mismo en España, en donde, de manera estructurada, es el Centro San Juan de Dios pionero en el tema, desde los años 1970, habiendo celebrado incluso alguna exposición allá por los años 1958⁸, aunque recientemente se están despertando ciertos intereses para potenciar esta faceta del arte, marginado hasta el momento, pero que es llegado el momento de su reivindicación justa por dignidad de la persona. Y además porque estamos frente a artistas auténticos que no sólo deben ser serios y sinceros sino también porque son desinteresados.

ALGUNOS PRECEDENTES HISTÓRICOS

Una constante en la historia de la humanidad parece ser la conexión entre arte y locura; sea por la representación de la locura a través del arte, sea por la utilización del arte como respuesta terapéutica a la locura.

Un ejemplo de la íntima relación entre arte y locura es el caso de Francisco Goya, que padeció en edad tardía picos depresivos, combinados con estados delirantes y alucinatorios mientras que en

⁵ O.c. pp. 130-131.

⁶ Cf. Arte y Psiquiatría en POROT, A. (1977). *Diccionario de Psiquiatría* t.1. Barcelona, Labor S.A.

⁷ Por ejemplo: Colecciones Lombroso, Morgenthaler, Prinzhorn, Clínica Heidelberg, Arnulf Rainer, Adolf Wölfli, Instituto Jung, Aloise, Navratil, Guttman-Maclay, Hospital Real de Bethlem, Museo del Arte Bruto,...

⁸ Cf. REDACCIÓN. (1958). «Crónica hospitalaria. Ciempozuelos (Madrid). Sanatorio San José». *Paz y Caridad* 58, 397-400.

su juventud había sido expansivo, sensible y extremadamente productivo, a medida que fue envejeciendo fue emergiendo un Goya, observador amargo de la humanidad, narrador de vicios y crueldades. Las pinturas de entonces, como en una pesadilla, parecen explorar realidades plagadas de desesperación.

Casi a final del siglo XIX, las producciones de los enfermos mentales, fueron objeto de interés de la psiquiatría. A partir de investigaciones realizadas sobre el material recogido en los hospicios italianos de Pesaro, Pavia y Montelupo Vicentino, César Lombroso publica su libro *Genio y Locura* (1882). Plantea la ecuación 'artista-loco'/'loco-artista', de una manera casi romántica. Llegó a decir que «la locura desarrolla en sí misma la originalidad de invención porque, liberando el freno de la imaginación, se da lugar a creaciones de las cuales una mente demasiado calculadora huiría por miedo a lo ilógico y a lo absurdo».

Otros psiquiatras se dedicaron a estudiar las producciones pictóricas de los pacientes psicóticos, agregando a su preocupación por el valor artístico un especial interés por su utilidad en el diagnóstico.

Con tales precedentes, voces significativas se han pronunciado sobre la expresión pictórica de las personas con alguna manifestación psiquiátrica o alteración mental, y profesionales de la psicología lo han hecho sobre autores modernos y su posible alteración psicopatológica o trastorno de personalidad. Ya los griegos conciben la locura creadora, los filósofos posteriores se preocupan por el valor formativo del arte y de los efectos catárticos. Los románticos exaltan la importancia de los favores emocionales e irracionales. La endopatía es un elemento central de la experiencia estética, como participación emocional del observador, no de una manera pasiva sino como un principio activo en que uno se siente en lo observado y lo anima.

La música, la danza y el teatro habían servido en las centurias precedentes como recursos aislados para aliviar comportamientos psicopatológicos. Esquirol ensayó la música con sus pacientes, pero fueron las artes plásticas a finales del siglo XIX las que tuvieron mayor trascendencia para afianzar el uso terapéutico del arte. Los trabajos habitualmente citados de Simon, Lombroso, Prinzhorn sobre las manifestaciones artísticas psicóticas son considerados precursores de su estudio y utilización terapéutica.

Pero la publicación del *Tratado de Estética* de Fechner en 1876 marcó el comienzo de la Psicología del Arte con la aplicación del

método experimental a los fenómenos estéticos. Los estudios de Freud sobre la vida y obra de artistas como Leonardo da Vinci, Shakespeare y Dostoievski fomentaron toda una corriente de estudios psicográficos y patográficos. El reconocimiento del lenguaje figurado de lo psíquico hizo su aportación al estudio de las producciones artísticas entendidas como comunicación simbólica⁹.

Las ideas de Jung, Rank, Fromm, Kris, Ehrenzweig, Faibaim, Winnicot, Lacan y otros más, interesan a los que tratan las disciplinas artísticas y estéticas. A partir del estudio del inconsciente reprimido se evolucionó hacia una versión más amplia y constructiva de la vida que incorpora lo estético.

Los artistas se interesaron por las manifestaciones creativas infantiles, las consideraciones exóticas, primitivas o folklóricas y las producciones de pacientes mentales¹⁰, cosa que contribuyó al encuentro de los estudios del comportamiento humano con los teóricos del arte. En la teoría freudiana la clave del proceso creador está en la sublimación y surge de conflictos similares a los que llevan a las neurosis. Junto con la función sexual del arte cabría otra, lúdica, vinculada con los enunciados de Freud sobre el chiste. Jung resaltó el papel de los símbolos del inconsciente colectivo en el origen de las creaciones humanas. Los postfreudianos le han dado más importancia a los factores de realidad, perceptual-cognitivos, psicosociales y relativos a los impulsos de destrucción y restitución respecto del arte.

El psicoanálisis, pues, ha desempeñado un importante papel en el estudio psicológico y psicopatológico del arte así como en el despliegue de las terapias a través del arte. La Gestalt es otro pilar en el estudio de la psicología del arte interesándose por los procesos racionales y conscientes de la creación.

*Prinzhorn*¹¹ enumera algunas particularidades estéticas de los

⁹ La aportación en este sentido de FOSTER, HALL (2008). *Dioses prostéticos*. Madrid, Ed. Akal, resulta altamente interesante en los análisis que realiza sobre los diferentes matices del arte de diversos autores con gran impronta histórica (Kirchner, Gauguin, Picasso, Ernst, Natterer, Pollock, Gober, Lewis, Marinetti, Cézanne, Caravaggio, Rubens, Ray, Miller, Bellmer, Klee, Knopf,...) y con un enfoque claramente influenciado por aquellos autores que han resultado precursores en el campo de la Psicología (Freud, Lacan, Jaqueline Rose, Adorno, Ferenczi, Abraham, Jones, Lévi-Strauss,...) o de la Filosofía y otras ciencias humanistas.

¹⁰ «Son incontables los artistas para los que la visión de los alienados es fascinante y han intentado buscar este modo de observar el mundo en sí mismos» (Paul Klee).

¹¹ Pionero junto con W.Morgenthaler allá por los años 1921-22 con su obra *Bildneri der Geisteskranken*. (Cf. escrito de RÖSKE T. (1997). «Schizophrenie und Kulturkritik» en Vv.AA. *Kunst & Wahn*. Kunsforum, Wien, Dumont. p. 255-265). Sobre la aventura

enfermos mentales, imbuido de la doctrina de Freud, y alumno de L. Klages, así como influenciado por el arte de algunas culturas primitivas: garabateos, juegos decorativos, figuraciones descriptivas, imágenes fantásticas; grandes composiciones simbólicas. Incluso se atreve a decir que la Psiquiatría puede sacar más enseñanzas del estudio del arte de las que aporta al mismo. Llega a la frontera entre lo psicopatológico y el arte, y abre un camino desconocido, como siempre hemos sospechado.

Lafora hablaba de la expresión de complejos subconscientes que pueden dominar el espíritu del que realiza la obra de Arte. De tal manera que Arte podría ser una concesión de la conciencia superior a las elaboraciones primarias del subconsciente de la persona. Y como consecuencia, cuando las obras plásticas que producen los enfermos mentales tienen valor estético, no deben ser despreciadas, sino tenidas en consideración. Resulta ser un gran paso en un terreno bastante polémico y resbaladizo.

Ey llega a aventurar al respecto que la producción patológica podría realizar el ideal surrealista que ningún surrealista podrá jamás esperar si no está precisamente alterado mentalmente. «El surrealista crea maravillas, mientras que el enfermo mental es maravilloso». «El artista normal sabe guardar la distancia con respecto a su obra, mientras que el loco y sus reproducciones son en sí mismos obra estética»¹².

Hay tendencias que defienden la terminología *arte de los internados en los sanatorios mentales* más que *arte de enfermos mentales*. Y, también que este arte no es un arte especial, sino el resultado que deducen los *normales* de las obras de los enfermos en lo que corresponde a su concepto de arte. El artista, aunque sufra de una enfermedad mental, puede crear si tiene sana la capacidad de concebir y realizar su obra, e incluso encontrar alivio terapéutico en la creación. De artistas profesionales se puede incluso hablar de neuroticismo e introversión, psicoticismo asociado con ciertos rasgos como solita-

de su colección de pintura psicopatológica Cf. JADI, I. (1997). «Vergangenes gegenwärtig» en Vv.AA. *Kunst & Wahn*. Kunsforum, Wien, Dumont. p. 175-181).

Otras ideas, que se reflejan a continuación, se inspiran en la aportación que hace al tema RUILOBA, C. (1984). *Arte Psicopatológico: la obra de C.G.R. en el Hospital San José de Ciempozuelos*. Madrid. Memoria de licenciatura. U. Complutense, Facultad de Geografía e Historia (sin publicar).

¹² Citado por ÁLVAREZ VILLAR, A. (1974). *Psicología del arte*. Madrid, Biblioteca Nueva. p. 250.

rio, conflictivo y atracción por las cosas inusuales y extrañas. Sin descartar la concepción del arte como provocación¹³.

H. Aubin¹⁴ ha podido aventurar que «la expresión pictórica podría cumplir una función de reemplazo del delirio» aunque en la terapia se pretende no se detenga en su delirio. Así también Jean Dubuffet se atreverá a decir que «la pintura no es hija de la razón sino que tiene que emparentar con el delirio». De hecho cuanto más se estudian sus composiciones, más se llega a comparar y a comprender las realizadas por los enfermos mentales.

Vaquero Turcios en la misma línea llega a decir que, «el arte sería también 'delirio necesario', puerta hacia un mundo terrible pero fascinante que habita en nuestro interior y que, extrañamente, añoramos. Quizás sea ésa una de las razones de que nos emocionemos tanto ante obras dolorosas de estos maestros delirantes, de que ardamos en fuego abrasador. Son cosas que en nuestro pintar diario hemos tratado de alcanzar en vano y que sólo en algunos instantes hemos llegado a entrever como por la rendija de una puerta»¹⁵.

Además, por influencia del Arte Bruto (*Art Brut* y *Outsiders*) que lleva al estudio de las características propias de cada autor, todavía se precisan conceptos psiquiátricos y psicológicos mejor definidos para acercarse a cada caso particular. Semejante intuición se puede deducir del intento de poner en paralelo, la elaboración de los artistas modernos con el arte marginal, según algunas recientes exposiciones que se van sucediendo en museos nacionales y extranjeros¹⁶. En determinados artistas y en señaladas obras pueden aparecer rasgos que no encajan en los cánones *normales*. Podríamos hablar también de la falsificación del arte y su conveniencia comercial.

La farsa es para Nathalie Heinich, un juego en torno a la autenticidad artística, en la medida en que ésta se define a partir de la psicología del autor —sus intenciones, es decir su salud mental. Pero se trata de un juego serio, pues tiene como objetivo mantener la

¹³ Cf. JULIUS, ANTHONY (2002). *Transgresiones. El arte como provocación*. Barcelona, Ediciones Destino. Su coda dice así: ' Toda obra artística es un delito no cometido', pp. 222 y ss.

¹⁴ Citado por PAÍN, S., JARREAU, G. (1995). *Una psicoterapia por el arte. Teoría y técnica*. Buenos Aires, Nueva Visión. p. 17.

¹⁵ Cf. IV CONGRESO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA (1999). *Estéticas de la angustia*. Oviedo, p. 219.

¹⁶ MUSEO NACIONAL CENTRO DE ARTE REINA SOFÍA (1993). «*Visiones paralelas*». Madrid, en Los Ángeles County Museum of Art, 1992, o Vv.AA. (1997). *Kunst & Wahn*. Kunsforum, Wien, Dumont.

integridad de las fronteras mentales y materiales del arte: fronteras de cordura que precisamente ponen a prueba —y ésta es una de sus características— las obras de arte moderno y contemporáneo¹⁷. No abordaremos el tema, ya que nos excede del objetivo y porque, además, el enfermo no falsifica, es real y auténtico..., al menos el que presentamos.

QUÉ PRETENDEMOS APORTAR Y RECIENTES SUGERENCIAS SOBRE EL TEMA

En el contexto señalado, es preciso puntualizar, aunque sea de modo reiterativo, *que arte y expresión psicopatológica son distintos*, ya que:

- a) La producción artística nace de una elección precisa, es social, histórica y comunicativa de los problemas y dilemas de una época o de una generación.
- b) La *expresión del enfermo mental* se sitúa antes y más allá de toda posibilidad de comprensión crítica, fuera de la historia y de la realidad común y es espejo de un mundo cuyas manifestaciones son automáticas. Hasta el punto que algunos autores y expertos pueden llegar a decir que el acto de la creación artística de los alienados es algo tan desinteresado, tan fuerte y tan puro, que debería ser el terreno donde buscar una explicación de toda creación artística, normalmente contaminada y ligada a muchos otros factores que complican la observación de su proceso esencial¹⁸.
- c) Para el *enfermo mental*, se trata de la encarnación del yo, que continúa su existencia bajo otra forma.
- d) Es un mundo en que a veces, la expresión dotada de valores estéticos parece facilitada por un mecanismo quizá no muy diferente del que empuja al sujeto normal a la creación artística.

¹⁷ Cf. NATHALIE HEINICH (2010). «La falsificación como reveladora de la autenticidad». *Revista de Occidente* n. 345, febrero, pp. 18-19. Los artículos y ensayos de José Luis Pardo no tienen desperdicio al hablar de la riqueza y la pobreza reflejada en la basura que producimos, que tal vez habría que reciclar, para compensar el equilibrio social ausente: Cf. JOSÉ LUIS PARDO (2010). *Nunca fue tan hermosa la basura*. Barcelona, Círculo de Lectores-Galaxia Gutenberg.

¹⁸ Cf. VAQUERO TURCIOS (1999). IV CONGRESO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA. *Estéticas de la angustia*. Oviedo, p. 218.

ca. Para muchos enfermos, la enfermedad parece fuente de posibilidades estéticas, y con mayor razón, como en los artistas que han sido ingresados para tratamientos psiquiátricos, que en su época de salud, ya pintaban y dibujaban, o realizaban otro tipo de arte plástico.

Álvarez Villar, se inclina por comparar al pintor moderno y al enfermo mental, haciendo coincidir a ambos en la manifestación, el primero como angustia vital reinante en nuestros días, y al segundo como alteración de la fisiología cerebral: en ambos casos es una huida hacia esferas más serenas. Incluso, en algún momento llega a afirmar junto con Kretschmer, que puede llegar a comprender el paso «inmediato de la concepción de los esquizofrénicos como genios a la concepción de los genios como esquizofrénicos»¹⁹.

O al menos podría aventurar e indagar en ciertos artistas hasta el punto de poder decir que de esa búsqueda se revelarían sus carencias emocionales, los desequilibrios psíquicos de ese 2% de la sociedad que siente y sigue esa extraña vocación. Revelaría probablemente que esa actividad sin sentido no es más que el síntoma de una enfermedad, de una imperfección, de un desequilibrio; la necesidad de una salida, de una huida hacia dentro. Cosas que se podrían corregir químicamente, a no ser que toda creación artística haya sido siempre una auto arte-terapia²⁰.

Para el ya citado Álvarez Villar, pintura psicopatológica es toda producción pictórica realizada por un enfermo mental, y la incluye en el arte imaginativo de Meumann²¹ o al nivel del expresionismo, simbolismo y surrealismo. *Al enfermo mental lo que le interesa es la proyección de sus ideas delirantes y de sus automatismos psicomotores. El fenómeno estético es accidental.* Incluso el enfermo podría incluirse dentro del llamado cambio de estilo con ocasión de su enfermedad o agudización de la misma en momentos de crisis. En la mayor parte de los casos se produce en el proceso final, como consecuencia de la enfermedad, un deterioro o incluso una paralización de las facultades creadoras²².

¹⁹ ÁLVAREZ VILLAR, A. (1974). *Psicología del arte*. Madrid, Biblioteca Nueva, p. 354.

²⁰ CÉ. VAQUERO TURCIOS (1999). *Ibidem*, p. 218.

²¹ MEUMANN, ERNESTO (1946.) *Introducción a la estética actual*. Buenos Aires, Espasa-Calpe.

²² ÁLVAREZ VILLAR, A. *o.c.*, p. 243.

1. La realidad del arte psicopatológico, o ¿hay que denominarlo de otra manera?

La ocasión de esta reflexión, después de haber buceado en multitud de autores y de no llegar a ninguna conclusión fija y concreta, vistos los diversos posicionamientos, abogamos por ir desterrando la terminología de *Arte Psicopatológico* que, con frecuencia hemos empleado y hasta el momento no nos ha parecido mal, pero que ahora no convence totalmente. Por ello traemos varias referencias de autoridades en la materia para proponer un cambio y una mayor amplitud y no situar estas producciones sino dentro del arte globalmente considerado, sin parcelaciones, sin discriminaciones y sin estigmatizaciones. Nos vamos integrando en una sociedad plural, pues atengámonos a todas las consecuencias.

Así, ya en el IV Congreso Internacional de Arte Psicopatológico celebrado en Barcelona 19-23 de mayo de 1964, Sarró mencionó:

Es preferible designar las actividades de la Asociación con el término de Psicopatología de la Expresión que con el de Arte Psicopatológico, porque este último término es desorientador. El psiquiatra no se interesa por esta actividad porque sea 'bella' sino porque es expresiva. Es la misma actitud que se tiene ante los dibujos de los niños [...] Se trata de una actividad esencial para la Medicina psicológica. En muchos enfermos las exploraciones mediante la palabra resultan difíciles y a veces es impracticable. Enfermos que no se ponen en contacto con la realidad mediante el lenguaje pueden hacerlo mediante las producciones plásticas. Una vez que se ha conseguido que el enfermo se extrovierta, las relaciones con sus semejantes pueden mejorar. El lenguaje plástico puede revelar sectores de la personalidad en los que no se puede penetrar por otras vías. Hoy es todavía como una puerta apenas entreabierta pero puede que las investigaciones posteriores las abran progresivamente²³.

Alguien que se entusiasmó y estudió bien el arte del enfermo mental, dice lo que sigue y nos sumamos a su pensamiento:

Creemos, contrariamente a la idea clásica, que los impulsos hacia la creación artística, lejos de ser el privilegio de unos individuos excepcionales, están latentes en cualquier persona que, en general, los tienen refrenados, alterados o falseados por una preocupación de alienación social y de referen-

²³ Cf. *La Vanguardia Española*, 24 de mayo de 1964.

cia hacia los mitos recibidos. Digamos, de paso, que todo 'arte cultural' está falto asimismo, de esta deferencia y que también está demasiado condicionado y falsificado... No obstante, sería erróneo deducir forzosamente que las obras presentadas (*en una exposición dedicada al enfermo mental*) pueden considerarse con un supuesto carácter patológico. La deplorable idea de que nada más que por el hecho de que estos individuos hayan estado declarados por los médicos como a diferentes tipos (tipos) admitidos como normales por la sociedad, nada de lo que piensen, digan o produzcan pueda nunca más tomárseles en consideración, es precisamente una de las ideas en contra de las cuales protestamos (Jean Dubuffet).

Ha de sumarse recientemente, la opinión del ya referido Vaquero Turcios que es muy explícita y gráfica, cuando habla de algunos aspectos del arte que pueden rayar o estar al límite del mismo, o negar que sean arte, por el mero hecho de proceder de personas afectadas de algún trastorno mental.

'Arte Psicopatológico', 'Imaginería de los enfermos mentales', 'Art Brut', 'Arte de los Locos'... Estos nombres tratan de definir unas obras que, objetivamente, son obras de arte, sin necesidad de etiquetas limitadoras. Nadie se pregunta por la salud mental del arquitecto que proyectó la pirámide de Quetzalcoatl en Teotihuacan, ni por la del pintor de los frescos del Mono azul en Knosos ni por la del autor de 'Melpómene y Atlanta'. Decir 'Arte Psicopatológico' o 'Arte de los locos' es algo tan incorrecto como decir 'Arte Griego', o 'Arte de los Griegos'. Algo donde caben muchas cosas distintas y hasta opuestas, y que, más que definir un estilo define una geografía. En este caso la de los hospitales y asilos donde la mayoría de las obras fueron hechas²⁴.

En definitiva que al no estar clara la terminología al uso y porque nos movemos en un terreno resbaladizo, seguimos pensando que el arte es de las personas, de los integrantes de los colectivos, más o menos cualificados, pero al fin y a la postre son pertenecientes a nuestra condición humana y todo nos pertenece, no podemos marginar. Además la creación artística, aun cuando se desarrolle básicamente en un proceso que está a medias entre lo racional organizado y lo intuitivo, se nutre también liberándose, abriéndose a pequeños y deslumbrantes episodios de alienación o pseudo-alienación autopro-

²⁴ Cf. VAQUERO TURCIOS (1999). IV CONGRESO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA. *Estéticas de la angustia*. Oviedo, p. 217.

vocados, que pueden tener lugar en la gestación mental de la obra o a lo largo de su ejecución. Y esto parece lo normal de cualquier producción: por lo tanto, ¿quién está capacitado para establecer los límites?

2. La pintura y la medicina

«Durante siglos, los deformes, los físicamente incapacitados y los deficientes mentales fueron personas cruelmente discriminadas. No sólo padecieron su deformidad, sino que, además, se les consideró seres indignos, y se les maltrató, recluyó y obligó a mendigar, y otras veces se les dio muerte. En el caso de permitirles convivir en sociedad, fueron injustamente tratados como bufones, seres ridículos, monstruos y, en definitiva seres privados de sus más elementales necesidades. La representación artística de la deficiencia y la discapacidad ha evolucionado paralelamente con el sentir de los hombres de cada época y con su evolución social. En la actualidad, este concepto sigue evolucionando y algunos artistas ya no representan al hombre enfermo, sino a la enfermedad en sí»²⁵.

La persona es curiosa, y en casos extremos llega hasta el morbo, como demostramos con más frecuencia de lo deseado: contemplación de accidentes, exhibición de deformaciones por enfermedad,... Así ha sido siempre y no sabemos si va a cambiar la naturaleza humana. Además, siempre se ha plasmado de alguna manera, sea en la literatura, sea en la escultura, sea en pintura y, más recientemente en la fotografía y medios gráficos de manera que, casi en el momento que surge el hecho, ya lo tenemos y podemos verlo en la red. Además nuestro morbo puede llegar incluso a ridiculizar la «desgracia», a destacar lo deforme e incluso al divertimento.

En torno al tema se han hecho muchos estudios, como el citado de Roberto Cano de la Cuerda y Susana Collado-Vázquez, sobre las obras de arte que reflejan algún tipo de patología en los personajes pintados. Por mencionar alguno también reciente, aludimos a los estudios de Alejandro Aris²⁶ y simplemente recogemos algunas de sus opiniones generales al respecto ya que matizan sus intenciones y las de otros que como él, antes lo han hecho:

²⁵ CANO DE LA CUERDA, R., COLLADO-VÁZQUEZ, S. (2010). «Deficiencia, discapacidad, neurología y arte». *Rev Neurol*; 51: 108-16.

²⁶ ARIS, ALEJANDRO (2002). *Medicina en la Pintura*. Barcelona, Lunwerg Editores, pp. 11-13.

- El trabajo es fruto de una selección absolutamente personal y que nace de la deformación profesional del médico de interpretar una patología representada en una gran obra de arte, de la misma forma que un sacerdote identificaría al pecador o al santo, y un militar reconocería al héroe o al cobarde.
- El pintor ha logrado plasmar algo que resulta incongruente pero incuestionable: la belleza de la enfermedad. La estética de lo feo, diría Umbral.
- En esta época de medicina protocolizada y altamente tecnológica, resulta un desafío y un ejercicio apasionante para un médico, aventurar un diagnóstico a partir de la inspección de un cuadro, con la gran ventaja de que si yerra, el paciente no resulta perjudicado.
- No hay que olvidar que una obra de arte, ya sea pictórica, escultórica, musical o literaria, representa el estado anímico de su autor en un momento determinado de su vida y de su entorno.
- Arte y medicina han seguido cursos paralelos en la historia. La Grecia de Pericles, Sófocles, Sócrates y Fidias, la de los tres órdenes arquitectónicos, engendra un Hipócrates que saca la medicina de los templos consagrados a Esculapio, basada en fenómenos sobrenaturales, y busca explicaciones científicas al origen de las enfermedades y su tratamiento.
- La medicina se basa en una repetición de conceptos periclitados —muchos de ellos erróneos—, postulados en su día por Galeno y cuyo cuestionamiento es tildado de herejía. Y es durante el renacimiento, en que tanto Leonardo como Miguel Ángel realizan disecciones anatómicas, cuando se produce el cambio en la medicina.

Que cualquier obra de arte sea una fotografía, no parece sea cierto. Que la obra de arte refleje la captación de la realidad por su autor, parece se aproxima a la verdad. Que una obra de arte sirva para un diagnóstico, sea de la patología que refleja o de la personalidad de quien la realiza, sería un tanto aventurado: tal vez nos ayude a decidir un diagnóstico de quien realiza la obra, siempre y cuando tengamos a mano toda su trayectoria artística y hagamos una lectura de su conjunto...

3. Dibujo de los niños

Las manifestaciones gráficas de los niños y de las personas con retraso mental han interesado tanto a los pedagogos y a los psicólogos como a los artistas, hasta el extremo de que algunos de los últimos han imitado sus gestos y grafismos, así como sus composiciones. Las últimas aportaciones caminan en esta línea de aclaraciones puntuales al respecto.

Es necesario que experimenten (*los niños*) con los trazados que salen de su interior a través de esa prolongación de su cerebro que es su mano y que se convierten en formas visibles y perdurables sobre el fondo blanco de la hoja. A estas edades tempranas la actividad del dibujo parece hoy más necesaria que nunca [...] Al niño pequeño, en contraste con lo que con frecuencia piensa la escuela, le interesa más la línea y cómo son los trazos y las formas en estrecha relación con el espacio los que le llevan a conquistar ese orden propio del que emerge la conciencia de su Yo psicofísico [...] Si la forma está directamente relacionada con los procesos cognitivos, el color lo está con el inconsciente sensible, por lo que no deja de ser, en muchos casos, una distracción seductora que empuja al niño al gozo instintivo que le proporcionan las sensaciones cromáticas²⁷.

Este autor tras mencionar, como no podía ser de otra manera, a varios imitadores de los niños y valorados y considerados artistas, no deja de ser rotundo:

El interés de los artistas por el arte de los niños ha continuado hasta nuestros días, y su influencia se ha dejado sentir en algunos contemporáneos, como el pintor francés J. Dubuffet, uno de los representantes del llamado *art brut*, que escribía sobre los dibujos infantiles en 1965: *'en general me gustan mucho. Los niños se sienten mucho más libres que los adultos [...] están fuera de lo social, fuera de la ley, son asociales, alienados: justo lo que debe ser el artista'*. O como en los pintores integrantes del grupo Cobra (A. Jorn, K. Appel, Corneill y Alechinsky) o el pintor español Antonio Saura que en 1996 escribía: *'envidiable frescura [...] No cabe duda de que muchos pintores desearíamos conservar esta frescura primigenia*

²⁷ MACHÓN, ANTONIO. (2009). *Los dibujos de los niños. Génesis y naturaleza de la representación gráfica. Un estudio evolutivo*. Madrid, Ed. Cátedra (Grupo Anaya S.A.), pp. 18-19.

hasta el final de nuestras vidas'. Pero el arte infantil y primitivo no sólo interesó a los artistas. En los ámbitos científicos del conocimiento, especialmente en aquellos directamente comprometidos en el estudio del hombre, de sus orígenes y de su educación, estas manifestaciones artísticas representaron un nuevo campo de investigación y estudio²⁸.

Es digno destacar que el descubrimiento del 'arte infantil' fue para Cizek, como para otros muchos artistas coetáneos, un acto intuitivo, y se convirtió en un modelo a seguir en la propia práctica artística: *'Me gustaría estudiar los dibujos infantiles. No hay duda alguna de que ahí está la verdad'* escribía Derain a su amigo Vlaminck en 1902. W. Kandinsky y P. Klee también manifestaron su atracción por los dibujos de los niños²⁹.

Y nos prodría servir de conclusión provisional decir que el niño no es, en absoluto, un artista, lo que no quiere decir que sus creaciones estén desprovistas de expresividad y belleza. El arte, si sucede, sucederá más tarde. La inteligencia artística es preciso desarrollarla, aunque se necesite de una predisposición previa.

4. Otras tendencias y opiniones

Sin intención de agotar el tema, que da mucho de sí, y seguirá dándolo, al tratarse, como queda dicho, de un mundo de opiniones tan resbaladizo, situamos algunas opiniones con cierto orden cronológico de aparición, en los últimos años, porque:

La historia del arte moderno traza una línea de demarcación entre la broma asumida como tal de los *incoherentes*, de los *dadaístas* y de los *neodadaístas*, y la puesta en escena 'seria' de la desaparición de la pintura propuesta por los *minimalistas*, a cual más monocromo³⁰.

Unas opiniones abarcan todo tipo de arte ya que desde siempre ha habido un vínculo entre enfermedad y arte, entre enfermedad y literatura, sencillamente porque cualquier tema de ficción siempre trata de lo real. Y para algunos, producir arte, producir literatura que versa sobre alguna patología es sencillamente establecer un puente

²⁸ MACHÓN, ANTONIO. *Ibidem*, pp. 26-27.

²⁹ Referencia de MACHÓN, ANTONIO. *Ibidem*, p. 26.

³⁰ NATHALIE HEINICH (2010). «La falsificación como reveladora de la autenticidad». *Revista de Occidente*, n. 345, febrero, p. 21.

entre el artista y quien lo pueda valorar. No han faltado aproximaciones hacia visiones musicales de la locura, música excéntrica, música loca, música que estalla, distorsiones de la mente, fenomenología colectiva histérica (*Elektra* de Strauss), vertiente paranoica de la nota Re (*Wozzeck* de Berg), agotamiento mental y existencial (*El loco errante* de Leos Jancek), y otros como Vivaldi, Haendel, Falla,...³¹

Es frecuente hacer el siguiente razonamiento: los productos de la laborterapia son para llenar un tiempo en la vida tediosa de un paciente hospitalizado, el producto del esfuerzo de unas personas que buscan la belleza con el mismo rigor y con el mismo afán que el pintor consagrado, son obras artísticas... Pues siempre andamos haciendo equilibrios o formulando dicotomías en nuestro razonar diario. Cuando las personas ingresadas en un centro de Salud Mental tienen la posibilidad de realizar una actividad artística, sus producciones, para llegar a ser consideradas artísticas, habrán de reunir los mismos requisitos de capacidad técnica y calidad que las de cualquier otro, requerirán el mismo esfuerzo de aprendizaje y dedicación, o el mismo interés y empeño.

No es raro escuchar que hay importantes similitudes entre los procesos cognitivos implicados en el proceso creativo y algunas alteraciones psicopatológicas, lo que ha llevado a pensar que el origen de ambas, creatividad y enfermedad mental, reside en mecanismos parecidos.

También se oye que, las obras del enfermo mental, son creadas desde la espontánea necesidad de mostrar un estado interior, que habita la frontera de todo lo que otros llaman normalidad, ortodoxia, abstracción culta o equilibrio que nos discuten las antípodas.

A diferencia de los niños y de los artistas adultos, los personajes que plasman los autistas en sus obras, carecen de contacto físico, no son sociales, hay una ausencia de mirada o mirada vacía; todo lo que ellos dibujan es muy esquemático y gira en torno a realidades sociales cercanas a ellos. El arte de los autistas es que cada persona tiene un esquema fijo de expresión que tiende a la repetición, no se copian unos de otros ni tampoco imitan lo que ven; pintan con sinceridad elemental. Utilizan colores muy arbitrarios, no se ajustan a la realidad...³²

Y también se ha demostrado que en muchos artistas, la patología ha cambiado la forma de pintar y de escribir: Goya, Matisse,

³¹ Cf. *ABC Cultural*, 13.10.2001, pp. 43-44.

³² Cf. La otra mirada. *Diario Médico*, 17.12.2003.

Monet, Renoir, Paul Klee, Frida Kahlo (la pintora herida), Manuel Hugué. Los casos de estrés traumático han llegado a modificar las percepciones y la manera de plasmarlas como copiadas del recuerdo: Zoran Music, superviviente de Dachau... Otro tema que siempre ha preocupado, ha sido cómo se han plasmado las enfermedades, tanto en la literatura como en la pintura, como ya queda dicho. Mucha tinta se ha derramado en torno a ello, por lo que no vamos a detenernos en este tema:

Se ha comprobado que algunas personas afectadas de demencia frontotemporal desarrollan interés por el arte y la creatividad del que antes carecían, lo que además puede convertirse en una terapia para estos pacientes. La causa de esta creatividad, podría relacionarse con el hecho de que los pacientes con tal tipo de demencia, aunque pierdan la capacidad para hablar, mantienen las funciones de las regiones frontotemporales posteriores, que son las que están relacionadas con la capacidad visual³³.

Con la exposición *Arte Contra Estigma* de la Sala de Exposiciones del complejo El Águila de Madrid, se pretendió que los cuadros realizados por personas con alguna alteración mental, fueran acogidos en museos para compartir con otros artistas³⁴. El objetivo todavía no está cumplido, aunque se han dado grandes pasos en este sentido.

Alguien podrá decir que cualquier cosa es arte. Otro enfoque podría ser que, de cualquier cosa se puede hacer arte. Y es posible que así sea en el caso de los *Glut* de Robert Rauschenberg que quieren ser una reflexión sobre la crisis y una crítica al despilfarro, al tiempo de excesos y a la codicia desenfrenada. Ser un mensaje para la gente de hoy, no sabemos si para la posteridad. Ya que una obra de arte no lo puede ser plenamente gracias a la crítica y la denuncia; necesita algo más que la convierte en lo que realmente es, lo que la separa del panfleto, la hace intemporal, trascendente, única y bella. Como indudablemente bellos son estos desechos convertidos en arte por Rauschenberg³⁵.

Y lo que no deja lugar a dudas es el gran interés por publicar cuantas producciones, sean artísticas como tales, sean terapéuticas, sean pedagógicas, y se puedan elaborar en centros que trabajan con

³³ Cf. *Archives of Neurology*, 2004; 61: 842-844.

³⁴ Cf. El arte vence al estigma del enfermo mental. *Diario Médico*, 7.10.2005.

³⁵ ARTE CHATARRA. Rauschenberg, el hechicero. *Diario Médico*, 30.04.2010 p. 24.

personas que tienen alguna limitación o trastorno de sus aspectos cognitivos o emocionales. Personas autodidactas, no contaminadas por modas o tendencias, que no tienen formación académica, es decir que están emparentados con el *Outsider Art* o el *Art Brut* y sus trabajos destilan emoción, libertad expresiva, poética, sinceridad, diversidad estilística, ingenuidad, audacia gráfica, primitivismo, intuición, rusticidad, etc...³⁶

Incluso, no faltan quienes reivindican un trato y nueva oportunidad ante una sociedad que parece tiene todo experimentado y poco más se pueda aportar de nuevo y que pueda hacer historia. De tal manera que la prudencia bien nutrida de Fega acostumbra a espantar a menudo la perspectiva de los radicalismos excluyentes tan al día —legitimidad necesaria del ‘arte visual’ vs. presunta caducidad insalvable de la ‘bella arte’ pictórica—, al recordar la limitación histórica en cualquier tiempo del número de artistas incuestionablemente sublimes: y, por tanto, su convivencia graduada con los simplemente medianos. Seguro que el experimentado pintor que es hoy Luis Fega, como tantos otros excelentes, no se entregan a la resignación residual a la que los destina el formulado eslogan tan divulgado hoy entre los poderes constituidos de ¡Pintor el último!³⁷.

No se puede concluir, como se ha dicho más arriba, pero la autoridad de un experto como Hal Foster³⁸ nos puede llevar de la mano a rematar algunos aspectos al hacer un rápido recorrido por los avatares de la productividad del enfermo mental. La cita es algo extensa, pero los contenidos lo merecen, nos centran y se agrupan por bloques y subrayamos ciertos contenidos:

- Más jóvenes que los otros, *La imaginería* llegó a las manos de Dubuffet en 1923, sólo un año después de su publicación, cuando todavía no estaba activo como artista. Aunque el arte de los enfermos mentales es sólo una influencia sobre estos modernos, afectó a su distintiva elaboración de recursos estilísticos y modelos estéticos por igual.
- En un ensayo subsiguiente, Dubuffet transforma esta categoría de *brut* en un criterio de todo el arte moderno: ‘una obra

³⁶ Cf. AMERICA SÁNCHEZ I ALBERT PLANAS (2010). *Comics*. Fundacio CPB. Salut Mental. Ediciones La Cúpula, Barcelona.

³⁷ Cf. ANTONIO GARCÍA BERRIO. «¡Pintor el último!» *ABC Cultural*, 31.07.2010.

³⁸ HAL FOSTER (2008). Intuiciones ciegas, en *Dioses prostéticos*, Madrid, Akal, pp. 229-258 citado también en LYNNE COOK ET AL. *Martín Ramírez. Marcos de reclusión*. Museo Nacional Centro de Arte Reina Sofía, Madrid, 2010, pp. 153-165.

de arte carece para mí de todo interés a menos que sea una proyección absolutamente inmediata y directa de las profundidades del individuo’.

- Hasta aquí he esbozado tres malinterpretaciones creativas del arte de los enfermos mentales: el modelo Prinzhorn de *expresión*, el modelo Klee de *visión* y el modelo Dubuffet de *transgresión*. Las tres son proyecciones modernas que se sirven del arte de los enfermos mentales para postular una esencia metafísica del arte. Aunque cada modelo otorga al artista una localización diferente, los tres presuponen un ego lo bastante intacto —es más, lo bastante autopresente— para ser expresivo, visionario o transgresor en primer lugar.
- Las elaboraciones obsesivas del arte no se hacen para *romper* el orden simbólico; por el contrario, se hacen en su aparente *ruptura*. Y esta es, quizá, otra lección para todos nosotros: la aparente intratabilidad del orden simbólico quizá resida no tanto en ninguna fijeza asentada que posea (somos nosotros los semiparanoicos los que proyectamos esta fijeza, al menos en parte) como en la frágil arbitrariedad que contribuye a ocultar a toda costa... y que los enfermos mentales vislumbran a *su* costa. Esto tiene implicaciones significativas para un repensamiento de la transgresión como objetivo primario de vanguardia.
- En sus primeros collages dadístas, pues, Ernst evoca a un sujeto dañado a la manera de algunas *representaciones esquizofrénicas*, en particular las de las *estructuras maquínicas* concebidas como soportes del ego. Poco después desarrolla una estética surrealista a la manera de algunas *representaciones paranoides*, en particular aquellas gobernadas por una ‘sucesión alucinatoria de imágenes contradictorias’. De este modo, Ernst no sólo *elabora estilísticamente* el arte de los enfermos mentales; parece *comprenderlo casi diagnósticamente*, y aplicar la sintomatología de las representaciones de éste a propósitos críticos. Esta comprensión hace su empleo del arte de los enfermos mentales diferente de los empleos vanguardistas representados por Klee y Dubuffet. A diferencia de éstos, Ernst no sitúa tales imágenes como un origen redentor del arte o como un radical exterior a la civilización; una vez más, eso es proyectar un orden simbólico intacto, incluso sólido. Por el contrario, apunta a la intuición más radical de que el orden simbólico está ya de alguna manera resquebrajado y de que este

resquebrajamiento podría no sólo precipitar una crisis en el sujeto, sino también preparar una nueva clase de arte crítico, que repiense el sitio y el alcance de la transgresión.

- En la colección Prinzhorn uno ve una oscilación persistente entre imágenes de '*catástrofe*' esquizofrénica e imágenes de '*reconstrucción*' paranoide (para emplear los términos freudianos): toda cancelación de la frontera parece contrapesada por una insistencia en la frontera, toda apertura al caos por una búsqueda del orden, etc. Esta tensión existe no sólo entre la esquizofrenia y la paranoia, sino también dentro de cada uno de esos estados, es decir, dentro de cada paciente desgarrado ente visiones de la pérdida del yo y visiones del rescate del yo.

En la colección del Centro San Juan de Dios de Ciempozuelos el recorrido se hace en una amplia gama de patologías desde toxicomanía, alcoholismo, psicosis bipolar, esquizofrenia, paranoias... Se verá más adelante con un ejemplo propuesto con ocasión de esta exposición.

5. Exposiciones y manifestaciones expresadas

Por ceñirnos a los últimos acontecimientos o conmemoraciones que han girado sea sobre un Congreso, o sobre una celebración de aniversario, o tal vez por la potenciación que ha tenido por intereses particulares, se enumeran los siguientes hitos con los correspondientes avances y exposición de doctrina sobre el tema de estudio:

1. En el ya referido IV Congreso Nacional de Psiquiatría, celebrado en Oviedo en 1999, Juan José López-Ibor refiere en la presentación, que «Blankenburg ha descrito muy bien las diferencias entre el mundo del artista y el del esquizofrénico al no encontrar grandes diferencias entre un poema de uno de sus enfermos y metáforas de otro poema de Rilke. La diferencia está en el autor y no en la obra. El genial poeta, terminado el poema, se lo entregaba al editor para publicarlo, el enfermo esquizofrénico lo guarda, lo tira y no lo utiliza como medio de comunicación» [...] «En el momento actual se abre una nueva etapa en la cual la producción artística de los enfermos psiquiátricos puede ser utilizada como un instrumento para desestigmatizar la enfermedad»³⁹.

³⁹ IV CONGRESO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA (1999). *Estéticas de la angustia*. Oviedo, p. 5.

Además se añade, «nos gustaría concluir, siguiendo a Ey (1950), que la locura no produce obras de arte y que no es creadora, desde el punto de vista artístico. La locura da libertad a la materia estética, al nódulo lírico inmanente en la especie humana, puede coexistir con ciertas formas de actividad estética, imprimiéndoles caracteres estructurales particulares. El loco no llega a ser artista por su locura. El artista puede llegar a ser loco sin dejar de ser, si no el mismo artista, al menos un artista» [...] «La creación artística, por libre y extravagante que sea, es una obra de arte que posee una forma y un estilo. La locura no es una condición necesaria ni suficiente, ni del genio, ni de la obra de arte, ni, por consiguiente, de esta forma estética que es el surrealismo»⁴⁰.

Carlos Carbonell hace hincapié diciendo es preciso analizar el conjunto de la obra de un artista y de un artista enfermo, también, para concluir algo. Y continúa diciendo que «para algunos autores la enfermedad mental tiene un efecto ‘destructor’ sobre la producción plástica de los pacientes. Según esta idea, en las obras plásticas de los enfermos no se pueden encontrar más que manifestaciones de deterioro, descomposición, o como mucho una representación inmediata de ciertos contenidos psicóticos. En los artistas, si enferman de esquizofrenia, se produciría una repetición estereotipada de su estilo y formas anteriores como manifestación del deterioro causado por la psicosis». [...] «Otras opiniones consideran que algunos enfermos expresan sus propias vivencias muy intensamente con sus obras plásticas plasmadas en ‘Gestaltung’. Esta capacidad de transmitir emoción estética se da especialmente en enfermos que tienen aptitudes artísticas innatas que no quiere decir necesariamente ‘oficio’»⁴¹.

2. Pocos años más tarde, coincidiendo con el Congreso de la Asociación Mundial de Psiquiatría, Madrid, septiembre-octubre de 2001, la Orden Hospitalaria participó en la Exposición de pintura habida con esa ocasión. Se sigue avanzando, valorando y potenciando la expresión pictórica del enfermo mental de la mano del ya citado Carlos Carbonell quien, en esta ocasión realiza un recorrido interesante sobre las diversas exposiciones relacionadas con el arte y la psicopatología. Subrayamos algunas ideas a propósito de nuestro trabajo. Destaca que «en 1937 se organizó en Munich una exposición, con

⁴⁰ JULIO BOBES Y CELSO ARANGO (1999). «Creatividad y uso/abuso de drogas», en *Ibidem*, p. 16.

⁴¹ CARLOS CARBONELL (1999). «Arte, delirio y libertad», en *Ibidem*, p. 29.

gran alarde de propaganda, con el título de 'Arte Degenerado' ('Entartete Kunst'). Se mostraron cuadros de artistas vanguardistas junto a pinturas de enfermos mentales y tanto las obras expuestas como sus autores fueron considerados como despreciables» [...] «El arte psicopatológico pasó a ser un fenómeno ampliamente conocido y debatido en París a raíz de una exposición organizada en el Hospital de Sainte-Anne que se inauguró en abril de 1946 y que tuvo una gran resonancia en la prensa y en publicaciones de arte. El Dr. Ferdière que había tratado a Antonin Artaud en Rodez, envió desde este Hospital a Sainte-Anne treinta y seis obras que se mostraron junto a las de otros coleccionistas e instituciones. Esta exposición fue una réplica deliberada a la campaña que se había llevado a cabo en Alemania contra el modernismo y contra el que llamaron 'arte degenerado'»⁴².

Fenómeno clarísimo de acción-reacción que resultó positivo y que fue rompiendo moldes de antaño sin duda con estigmatización ideológica y banalizadora de la dignidad de la persona.

Asimismo, Abby Calisch destaca algunos aspectos para comprender el arte de los enfermos mentales. Naumburg en 1953, «al mencionar la interpretación, subrayó la importancia de abstenerse de interpretaciones para que el cliente pudiera llegar a su propia interpretación. Y, en el caso de que este proceso discurriera con lentitud, ella proponía que el cliente comenzara con una asociación libre frente a la obra de arte para descifrar su lenguaje simbólico» [...] Levick en 1983, «según su propia confesión, ni siquiera un terapeuta artístico bien formado puede establecer más que 'inferencias válidas y conjeturas cultas' al tratar de comprender un cuadro sin tener en cuenta a su creador» [...] «Levy (1984) y Ulman y Levy (1984) han examinado los rasgos de las cualidades formales de los temas, como el color y el modo en que el arte puede servir al diagnóstico psiquiátrico. En su trabajo se abordan cuestiones interesantísimas, como el significado psicológico del color y los distintos problemas que afloran al tratar de enjuiciar la psicología a partir de la pintura»⁴³.

3. La Universitat de València bajo un título muy significativo y avanzado, *Pinacoteca Psiquiátrica en España 1917-1990* ha celebra-

⁴² CARLOS CARBONELL (2001). «Expresión plástica, cultura y psiquiatría en Exposición de pintura». *La Dignidad de las Personas a través de las culturas*. Congreso Mundial de la AMP, Madrid, septiembre-octubre, pp. 17-19.

⁴³ ABBY CALISCH (2001). «La búsqueda del significado de las imágenes: implicaciones para la terapia artística», en *Ibidem*, p. 33.

do entre 2009-2010, una exitosa exposición en la que también se participa con obras y objetos del Centro San Juan de Dios de Ciempozuelos. Exposición que continúa su andadura por Andorra a lo largo del 2010.

Ana Hernández Merino, comisaria de la exposición, pretende «mostrar la mirada del paciente desde su vivencia de la locura» [...] «Este trabajo muestra, por un lado, una aportación sobre una actividad poco conocida en España, los prolegómenos de la utilización del arte como terapia. El entusiasmo de los psiquiatras Gonzalo R. Lafora, Escudero Valverde, Ramón Sarró y Joan Obiols o de instituciones como el Hospital de Ciempozuelos, el de Toén, Pigem o Artistas en Línea Paralela por hacer colecciones e investigaciones, entre otros, inspirados en corrientes consolidadas en otros países europeos» [...] Se cita a Réja hablando del arte de 'los locos', que plantea como valor artístico: «*Les primitifs, représentant d'un art déjà relativement très évolué, très savant, ont rompu, à coup sûr, avec les procédés balbutiants de l'enfant; mais on peut dire à titre métaphorique qu'ils ont exprimé en art et en beauté, qu'ils ont traduit en esthétique les principes fondamentaux qui président obscurément au style pueril*» [...]

«Una de las principales contribuciones de Prinzhorn y de la Psicología de la Gestalt en general fue la tesis de que, sea cual sea el grado de abstracción, toda imagen responde al intento de organizar la percepción de acuerdo con los principios generales de la forma. Tanto en el caso de las formas altamente abstractas (las manchas de Leonardo) como en las figurativas, los impulsos hacia el juego y la ordenación de la figura, funcionan como 'formas a priori' o leyes generales de la percepción. Prinzhorn abrió de este modo la posibilidad de encontrar una explicación unitaria del arte abstracto y del figurativo, rompiendo así una distinción que hoy más que nunca nos parece adecuada»⁴⁴.

La aportación de Felipe Vallejo, en la misma exposición, por parte de la Asociación de Artes Plásticas Línea Paralela, pretende «llenar un vacío en el conocimiento y comprensión de una obra plástica que permanecía arrinconada, total o parcialmente y cuya marginación venía en muchos casos de la mano de la marginación de su autor. Seguimos en el empeño de 'saltar tapias', aunque muchas de ellas actualmente no estén hechas de ladrillos. Compartir estas obras nos ayuda a saltar barreras, tanto para el artista 'marginal',

⁴⁴ Cf. ANA HERNÁNDEZ MERINO (2009). «Un encuentro con la pintura psiquiátrica». Universitat de València. *Pinacoteca Psiquiátrica en España 1917-1990*, pp. 9-19.

como para el que observa su obra ‘desde la otra orilla’⁴⁵.

4. Una exposición central con un artista ‘estrella’, se desea significar por la gran importancia que tiene la misma en el Museo Nacional Centro de Arte Reina Sofía de Madrid, por el gran avance que significa el reconocimiento, en un museo de la exposición monográfica, sobre la producción artística de una persona que ha padecido enfermedad mental: Martín Ramírez, mejicano de procedencia y estadounidense de adopción y potenciado por esta sociedad de acogida. «En particular, la inclusión de Ramírez disgustó a los defensores del arte latino, molestos por la elección de un interno esquizofrénico como emblema del arte hispánico. Por ello, esa comunidad ha rechazado completamente la obra de Ramírez»⁴⁶.

Solamente deseamos enumerar algunos rasgos de este pintor enfermo, que marcan un importante hito en el estudio que realizamos. Y nos servimos de quienes lo han estudiado bien y matizan su obra:

- Tarmo Pasto, el primer valedor de Ramírez, no lo encasilló dentro del arte popular ni dentro de la corriente en las Bellas Artes; antes bien, como seguidor de la obra pionera sobre el arte de los enfermos mentales escrita por Hans Prinzhorn en la década de 1920, Pasto se interesó apasionadamente por Ramírez como caso de estudio⁴⁷.
- ‘Y lejos de vanguardista en su revuelta contra la convención artística y el orden simbólico, la representación psicótica atestigua un frenético deseo de restaurar la convención, de reinventar el orden, los cuales el psicótico siente rotos, y por tanto con necesidad de reparación o reemplazo. En resumen, las elaboraciones obsesivas del arte no se hacen para romper el orden simbólico; por el contrario, se hacen en su aparente ruptura’⁴⁸.
- Si quisiéramos imaginar un autista integral, tendríamos que pensar en alguien como Ramírez. Y sin embargo, a pesar de

⁴⁵ Cf. FELIPE VALLEJO (2009). Saltando tapias, en *Ibidem*. pp. 292-293.

⁴⁶ BROOKE DAVIS ANDERSON (2010). «Paisajes de la añoranza: la visión del mundo de Martín Ramírez», en LYNNE COOK ET AL. *Martín Ramírez. Marcos de reclusión*. Museo Nacional Centro de Arte Reina Sofía, Madrid, p. 24.

⁴⁷ BROOKE DAVIS ANDERSON (2010). «Paisajes de la añoranza: la visión del mundo de Martín Ramírez», en LYNNE COOK ET AL. *Ibidem*, p. 23.

⁴⁸ JAMES LAWRENCE (2010). «Los chivos expiatorios y los contornos del orden», en LYNNE COOK ET AL. *Ibidem*, p. 45.

su mutismo y su psicosis, Ramírez sí logró llegar a los demás. Sus dibujos son el producto innegable de un acto de comunicación [...] Además del atractivo inmediato del dibujo y el color, el lenguaje de Ramírez muestra referencias decididamente inteligibles. Utiliza un vocabulario coherente: son representaciones reconocibles de túneles ferroviarios, automóviles, ciervos y leopardos, bandidos mexicanos, hermosas mujeres... [...] El mensaje se modula: estas imágenes no comunican tanto angustia existencial como un triunfo artístico⁴⁹.

- Cada vez hay más pruebas que demuestran que, pese a sus limitaciones o precisamente por ellas, Ramírez era todo un artista y en algún lugar de su interior sabía bien lo que estaba haciendo [...] Ramírez demostró la riqueza de posibilidades de interpretarlo de ambos modos, plano e ilusionista, sin trucos; supo utilizar el espacio como sustancia maleable sin que perdiera un ápice de integridad física o emocional. Y lo logró tendiendo un puente entre lo abstracto y lo real, lo decorativo y lo psicológico. Parafraseando a Barnett Newman, Ramírez creó su arte 'a partir de sí mismo', con un abordaje directo y una inteligencia que sitúa un elevado estándar para los artistas de hoy. No podemos pedir más⁵⁰.
- Pensemos, por un momento, en la frase con la que Longhauser cierra su introducción: 'El arte que sea producido por personas aparentemente enfermas mentales, es un don para el mundo, y eso es algo que Martín Ramírez sabía en el propio núcleo de su creación'⁵¹.
- ¿Qué significa ser un artista marginal? ¿Al margen de qué? Ramírez trabajó de forma convincente basándose en su memoria, imaginación y talento. Pertenece a una cultura concreta, la de un sanatorio mental norteamericano de mediados del siglo XX. Ramírez es uno de los tres grandes artistas margi-

⁴⁹ ROGER CARDINAL (2010). El mensaje de Martín Ramírez. *Inscape: The Journal of the British Association of Art Therapists* 5, n.º 1 (1981), pp. 4-6, en LYNNE COOK ET AL. *Ibidem*, pp. 142-143.

⁵⁰ ROBERTA SMITH (2010). «Un espacio radiante: el arte de Martín Ramírez». En Elsa Longhauser, et al. *The Heart of Creation: The Art of Martín Ramírez*, Filadelfia, Galleries at Moore College of Art and Design, 1985, pp. 6-14, en LYNNE COOK ET AL. *Ibidem*, pp. 144-147.

⁵¹ PHYLLIS KIND (2010). «Martín Ramírez bajo escrutinio», en Roger Cardinal, Seymour Rosen, Phyllis Kind et al. *Visions from the Left Coast: California Self-Taught Artists*, Santa Barbara, Santa Barbara Contemporary Arts Forum, 1985, pp. 24-27, en LYNNE COOK ET AL. *Ibidem*, pp. 148-149.

nales del siglo XX, junto con el interno Adolf Wölfli (1864-1930) y con el conserje misántropo de Chicago Henry Danger (1892-1973), ambos protagonistas de memorables retrospectivas en el Folk Art Museum. El arte para ser reconocido como tal, requiere un arraigo en la biografía individual y en la cultura común. ¿Qué podemos hacer con el placer y el encantamiento que suscita el genio sin licencia de un Ramírez? Yo recomendaría tomarlo como una lección sobre los límites que tiene el modo en que sabemos lo que creemos saber. Ya que no podemos considerar esa obra como parte de la historia del arte, al menos tomémosla como algo que nos pertenece⁵².

CARACTERÍSTICAS PICTÓRICAS Y CONTENIDOS DE LAS OBRAS DE ARTE PSICOPATOLÓGICO

Ya se han estudiado y hecho aproximaciones a algunos síndromes y listado algunas notas significativas, sin que se afirme categóricamente sean normas o comportamientos constantes⁵³. A menudo suelen coincidir unos determinados rasgos con cada enfermedad, pero puede suceder que un caso concreto no produzca las características que le son en general propias. Así una pintura, cuando funciona como símbolo artístico, puede denotar a una persona, expresar dolor y ejemplificar literalmente el color negro.

Entre los síndromes más estudiados pueden destacarse: *esquizofrenia, epilepsia, neurosis, toxicoddependencia y en psicosis maníaco depresiva se indican:*

Insuficiencia de composición, torpeza de representación de las proporciones del espacio que resultan falsas e inadecuadas. Tonalidades equivocadas o irreales. Falta de finura en las líneas y en la aplicación de los colores. Desprecio por las leyes de la realidad y de la observación de la naturaleza. El cambio de líneas depende de la superficialidad y volubilidad de afecto. Los personajes están en acuerdo con el estado de ánimo de su autor. Los colores suelen ser vivos y generalmente puros, *en las fases de excitación*. Durante *la fase depresiva* los colores son, en general, oscuros, sombríos y con

⁵² PETER SCHJELDAHL (2010). «Tren del misterio: Martín Ramírez, artista marginal». *The New Yorker* (29 de enero de 2007), pp. 88-89, en LYNNE COOK ET AL. *Ibidem*, pp. 150-151.

⁵³ Cf. ESCUDERO VALVERDE, *o.c.* pp. 63 y ss.

contrastes poco marcados. En *la fase de excitación* los temas suelen tener contenido megalomaniaco, erótico y escatológico, tratados sin ninguna crítica, mientras que en la fase depresiva se proyectan los temas de tristeza, autocastigo y culpabilidad; las sombras se acentúan sin preocuparse de dar fondo a la representación. Es muy general el uso de personajes bajo formas que no le corresponden con los sentimientos de transformación del cuerpo y del mundo. Volmat compara estas transformaciones con la mitología. Suelen abundar los detalles chistosos y de burla. La expresión facial de las figuras suelen ser un auténtico retrato psíquico de la situación anímica del autor. Hay fusión de distintos contenidos en una forma. Los maníacos pintan figuras animadas y burlescas, mientras que los depresivos suelen escoger imágenes de enlutados y paisajes inhóspitos y tenebrosos. Estos últimos suelen sufrir falta de interés en sus obras y, en general, les cuesta concluir las diferentemente del maníaco.

Según Volmat⁵⁴ los contenidos en estas obras pueden diferenciarse en varias categorías:

- a) *Contenido normal*: Será lo vivido por el paciente. Pero no patológico en sí mismo, sino en el uso que el enfermo hará de ello al integrarse en su personalidad. Así, pues, habrá escenas profesionales, traumáticas, de contenido banal, de contenido derivado del exterior sin espontaneidad creadora, como paisajes, retratos, naturalezas muertas, etc.
- b) *Contenido de significado patológico*: Que comprenderá escenas en las que el enfermo proyecta sus propias obsesiones. Serán escenas de duelo, de culpabilidad, de autojustificación, compasión de sí mismo y fantásticas.
- c) *Contenido simbólico*: Los objetos que aparecen con más frecuencia son, *el árbol* (como proyección del yo), *el camino* (es un elemento de separación y se construye, en general, con otros elementos; revela un significado espacio temporal), *la barrera* (se encuentra, en general, delante de los objetos de proyección del yo, separándola del observador), *la montaña* (como proyección del yo), el mar, el océano, la ola, el lago, el pantano, el río, el torrente y todos los *temas del agua*, son

⁵⁴ Cf. VOLMAT, R. (1956). *L'Art psychopathologique*, Presses Universitaires de France. En el contenido simbólico se añaden algunas de las propias observaciones en el análisis de algunas pinturas de autores con alteración mental, procedentes del Centro San Juan de Dios.

un tanto ambivalentes para su interpretación al ser muy apropiados a los símbolos, *el sol y la casa*, son muy apropiados también a la simbología, *los pájaros* (pueden ser sagrados y nobles, o bien representar la fecundidad; en otras ocasiones simbolizan el horror y la pesadilla, convirtiéndose en monstruos alados; los pájaros nocturnos como el búho, la lechuza, tienen carácter fúnebre), *la serpiente* (conserva un simbolismo sexual).

- d) *El ojo*: (es un tema muy frecuente; el ojo lo ve todo; refleja la eterna ambivalencia del ver y no ver; tiene relaciones líricas y alegóricas; en general se une a otros elementos incluso obscenos; el ojo es una imagen inquietante en el mundo del arte; incluso es el ojo la voz de la conciencia, la voz de la divinidad).
- e) *Esqueletos, calaveras, muerte*: (muchos ejemplos hay en el mundo del arte, desde Juan Valdés Leal (1670), René Magritte (1935), Eli Lotar (1929), Dalí (1926, 1932) García Lorca (1929) Max Ernst⁵⁵ (1929-33), Maurice Henri (1929)...; en muchas ocasiones el esqueleto es ver las cosas más allá de lo que alcanzan nuestros ojos (como en el caso de C.G.R. historia 13.164); otras son expresión de soledad, tristeza, frialdad afectiva, preocupación hipocondríaca).
- f) *La mano*: es un instrumento propio del hombre; también el hombre como instrumento en la mano de un ser superior; la mano es un archivo biográfico, como suma de todos los contactos habidos en la vida: es la memoria de las manos⁵⁶. Importa también saber leer el significado de *la firma* que aparece cuando la obra está acabada, así como *el título* con que se denomina la obra.

⁵⁵ Interesante es la aportación de PECH, J. (1997). «Diese unbestimmten und gefährlichen Gebiete» en Vv.AA. *Kunst & Wahn*. Kunsforum, Wien, Dumont. p. 333-341, al estudio de este autor y sus aportaciones sobre la locura. Asimismo se remite a lo dicho más arriba por Hal Foster.

⁵⁶ «La mano, ¡qué organismo complejo! Un delta cuyos ríos de vida, procedentes de los más remotos orígenes, se funden en el mar de la acción. La mano posee una historia propia, un significado propio, una belleza propia, una evolución propia, una capacidad propia para manifestar deseos, sentimientos, caprichos y predilecciones» (RILKE en homenaje a Rodin). Cf. El trabajo de PLUMED MORENO, C., GARCÍA GUTIÉRREZ, P., MARTÍNEZ CARBAJO, A. (1996). *Catálogo de la Colección de Arte Psicopatológico del Centro San Juan de Dios* (sin publicar) n.º 110.

Los colores asimismo en este tipo de arte, tienen cada uno su característica especial⁵⁷. En un artículo firmado por Hermenegildo Ondolegui o.h.⁵⁸ en Santiago de Chile en junio de 1932, cita a Babbitt y su obra *Principles of Light and Color* en la que dice que «los colores nos revelan la verdadera dinámica de la naturaleza, de los seres humanos y de los poderosos principios internos que pertenecen y se relacionan con el misterio del reino del espíritu y de la materia». Se refiere también a Kurz en su apreciación sobre el rendimiento de los obreros en función del color que le rodea en su trabajo, dominando el amarillo en cuanto a mayor actividad, mientras que el gris incita al mal humor. La influencia del azul ejercía cansancio y somnolencia. Continúa narrando la influencia que está teniendo la Sociedad de Investigaciones sobre la influencia del color y de la luz dirigida por Ewald Paul. Asimismo transcribe algunas conclusiones de la conferencia del Dr. A. Dundley en la Sociedad Psico-Terapéutica de Londres sobre los efectos producidos por los colores en el organismo:

El rojo comunica fuerza y sensibilidad y favorece el desarrollo físico. Es bueno para los pacientes deprimidos y anémicos. El azul es sedante y bueno para las personas propensas a neuralgias y para las que posean poca fuerza de voluntad. El amarillo dorado contribuye al desarrollo intelectual y tonifica el cerebro. El verde produce descanso y posee elementos que ayudan a alegrar el ánimo del paciente. El violeta disipa los disgustos morales y es poderoso calmante de los nervios.

Y finaliza su artículo de la siguiente manera: «¿Por qué no convertir nuestros nosocomios en verdaderos Sanatorios de luz y color en el más amplio sentido de la palabra? Es de creer que sus amplios salones y corredores con cúpula y ventanas de vidrios de colores

⁵⁷ *El rojo* es manifestación de intensidad afectiva. *El amarillo* está en relación con la intuición y el presentimiento. *El negro* simboliza la negación y es propio de individuos con clara conciencia de enfermedad y estado de angustia. *El blanco* representa la vivencia de la muerte. *El verde* orienta hacia la naturaleza. *El azul* es de temática espiritual con orientación a lo ideativo y abstracto. *El violeta* es símbolo de recogimiento y resignación. Mucho se ha escrito sobre los colores, su origen y posible significación. Orientativamente PAÍN, S., JARREAU, G. (1995), hacen una síntesis posible en el capítulo 5 de su obra *Una psicoterapia por el arte. Teoría y técnica*. Buenos Aires, Nueva Visión, pp. 109 y ss.

⁵⁸ ONDOLEGUI, H. (1932). «Terapéutica a base de los colores». *Caridad y Ciencia* año IV, 541-544.

apropiados serían fuentes inagotables de energía para los enfermos que vienen a buscar entre nosotros salud para sus cuerpos y reposo para sus almas».

La utilización de expresiones gráficas de manera controlada y dirigida, la elección de los temas bajo supervisión de los técnicos, hace que en los enfermos capacitados se reduzca el tiempo de hospitalización, ya que ha habido una colaboración positiva en la terapia posible⁵⁹.

En el IV Congreso Mundial de Psiquiatría celebrado en Madrid los días 5-11 de septiembre de 1966, se realizó un Simposio sobre arte psicopatológico⁶⁰ con interesantes aportaciones al tema, señalando determinado tipo de motivos como expresión de estados de ánimo (Aliaga, P. y Molina, A.), la pintura como método eficaz de terapia (Corróns, P. A.), simbolismo plástico de los esquizofrénicos y la influencia delirante alucinatoria (Enachescu, C.), diferenciación de la interpretación esquizofrénica, que sigue una manera naturalista diversa de la del neurótico (Mazur, B.), simbolismo del ojo y de la mirada en el esquizofrénico que ve el mundo de los otros sin verse a sí mismo (Moron, P. Gayral, L. y Puyuelo, R.), características de la pintura según la fase, triste en la depresiva, alegre y colorida en la maníaca (Nehilil, J), el deterioro mental de un artista se traduce en su obra (Neimarevic, D.), la expresión pictórica es un buen auxiliar para el diagnóstico y pronóstico del curso de la enfermedad en esquizofrénicos (Petrovic, D. y Ljubomir, E.), significado de las abstracciones en la terapia por el arte (Pickford, R), características del arte esquizofrénico: fragmentación, estereotipias, escritura como pintura, aunque no es una constante en la evolución de la enfermedad (Rabe, R.E.), el arte espontáneo influye en la psicoterapia (Refsnes, C.C. y Arsenian, J.).

LA ORDEN HOSPITALARIA DE SAN JUAN DE DIOS, ¿QUÉ HA HECHO? ¿Y QUÉ ESTÁ HACIENDO?

Consecuentemente, el estudio de la pintura se ha tenido en consideración como terapia⁶¹ y como producción desde muy temprano,

⁵⁹ Cf. CORRONS, P. A. COLUMBUS, O. (1966). «Arte psicopatológico. La creación artística: un método de psicoterapia profunda». *Paz y Caridad* 127, 156.

⁶⁰ Cf. *Excerpta Medica Foundation Offices* (1966) 117, 87-91. Madrid.

⁶¹ Cf. DALEY, T. (1987). *El arte como terapia*. Barcelona, Herder.

principalmente del presente siglo (piénsese en Mohr, Simon o en Prinzhorn citados como pioneros). No es nada nuevo decirlo aquí, sino constatar que el Centro San Juan de Dios, ha estado al tanto de las corrientes en vigor. Tampoco se descubre la Psicopatología del Arte, pues siempre ha inquietado⁶². Además se ha dado lugar a introducir en los ambientes sociales y de rehabilitación la llamada arte-terapia, principalmente cuando se habla de actividades plásticas: pintura, diseño, grabado, modelado, máscaras, títeres...⁶³

En casi todas las terapias de esta índole, existen dos enfoques básicos que pueden considerarse en los extremos de un continuo, que varía según el grado de verbalización. En la terapia por las artes plásticas se las denomina *arte como terapia* y *psicoterapia de arte*. La primera, pone el acento en lo artístico y en el producto y la segunda, da más importancia al proceso psicoterapéutico-artístico y combina la expresión artística con la libre asociación verbal y el *insight*. La *arte-terapia* vincula la imaginería visual con la onírica, la alucinatoria y su valor simbólico. De la psiquiatría nació el movimiento promotor del estudio de la psicopatología de la expresión, asociada principalmente con la expresión gráfica y plástica.

Cuando se habla de arte-terapia, suele hacerse referencia a la utilización de medios de expresión y comunicación diferentes del lenguaje verbal de la vida cotidiana. Entendido en este sentido, el arte, valiéndose de símbolos y metáforas, a través de actividades que incluyen un particular compromiso sensorial y cinestésico (artes gráficas, plásticas, musicales, danza, etc.), es propuesto como un medio para «liberarse» del malestar, de la angustia. Arte como expresión de la potencialidad y la realidad humana, pero también como instrumento para comprender y resolver dificultades (Tosoni).

No obstante, esta línea centrada en la interpretación del dibujo con fines diagnósticos, ya había sido inaugurada en Francia primero por Tardieu (1872), inmediatamente después, por Simons (1876). Este autor fue el primero que realizó una descripción tipológica basada en aspectos específicos del dibujo y su relación con diferentes cuadros de psicosis, puntualizando cinco modalidades de producción, cada una de ellas asociada a una forma de patología particular.

⁶² Cf. VALLEJO-NÁGERA BOTAS, J.A. (1978). *Locos egregios*. Madrid, Dossat S.A. 4ª edición.

⁶³ PAÍN, S., JARREAU, G. (1995), *Una psicoterapia por el arte. Teoría y técnica*. Buenos Aires, Nueva Visión.

En otras publicaciones⁶⁴ se aventuran diversas teorías o explicaciones sobre algunos pintores o artistas que han podido ser objeto de muchos estudios y opiniones.

En tales contextos, en especial el Centro San Juan de Dios de Ciempozuelos, moviéndose en una línea rehabilitadora, con diversidad de actividades ya estudiadas en otros trabajos sobre la institución⁶⁵, ha sido siempre su impronta la potenciación de las actividades artísticas, de artistas que han enfermado y han sido tratados por los clínicos, o la producción de enfermos que, de manera espontánea han realizado sus elaboraciones creadoras con diversas técnicas y medios, sean de manera autodidacta o no.

Estas producciones pueden ser consideradas auténticas y no falsificadas según los criterios que la mencionada Nathalie Heinich defiende de manera clara y específica:

Así pues ser original consiste en ser a la vez innovador y personal: innovador, porque la originalidad supone aportar algo que hasta entonces no existía; y personal, porque eso nuevo debe ser claramente atribuible a un individuo identificable, no a una corriente general, a un movimiento de ideas o a una tendencia difusa [...] En efecto, podemos sacar como conclusión que la autenticidad en el arte exige por parte del creador, como mínimo, seriedad, sinceridad, desinterés, interioridad, inspiración, originalidad: condiciones sin las cuales la singularidad de la creación no podría tener pretensiones de universalidad, última referencia que establece la grandeza del arte [...] La misma continuidad del vínculo entre lo producido y su origen, entre el resultado de la acción y su intencionalidad, entre la obra 'insustituible' y su autor individual, incluso, si cabe, singular⁶⁶.

1. Exposiciones en las que se ha participado

La segunda mitad del siglo XX, después de la guerra civil, toma el relevo de las actuaciones de la Orden Hospitalaria en psiquiatría

⁶⁴ Cf. GONZÁLEZ LUQUE, F.J. MONTEJO GONZÁLEZ, A.L. (1997). *Vicent van Gogh, poséído por el color y la luz*. Salamanca. Lab. Juste, SAQF.

⁶⁵ Cf. PLUMED MORENO, C. (2000). «La terapéutica por el trabajo. Terapia rehabilitadora», en *Un siglo con el enfermo mental. Caminos abiertos...* Fundación Juan Ciudad, Madrid, pp. 183-207.

⁶⁶ NATHALIE HEINICH (2010). «La falsificación como reveladora de la autenticidad». *Revista de Occidente*, febrero n. 345, pp. 24-26.

y salud mental, así como en el trabajo con personas con discapacidad intelectual. Obviamente, no aparecen las cosas de la noche a la mañana, sino que, revisando las historias clínicas de los enfermos ingresados en algunos de sus centros en España, la sensibilidad por el arte, por la terapia ocupacional, por la laborterapia y, en definitiva, la sensibilidad por cada uno de los programas rehabilitadores, son una constante. En consecuencia y debido a que todo se ha ido guardando con un celo heredado de su historia, a través de los inventarios, o a través de sus actas escritas por indicación de las propias Constituciones y normativas de la institución, ha ido aumentando el arsenal y la documentación, así como su sensibilidad por el arte y éste desarrollado por los propios enfermos ingresados en sus centros.

Esta inquietud se ve reflejada de manera palpable en las diversas exposiciones que, no siendo numerosas, sí merece la pena enumerarlas para dejar constancia de las mismas. Por orden cronológico he aquí las siguientes, varias de ellas en el presente siglo XXI:

- En el año 1958, aparece constancia de haber tenido una de ellas⁶⁷.
- La Exposición de Pintura Psicopatológica, Diputación Provincial y Caja de Ahorros de Cuenca, Cuenca, 17 a 29 de junio de 1977, es otra muestra de la que quedan algunos programas en el archivo del Centro San Juan de Dios de Ciempozuelos. Se expusieron obras de varios artistas y con diversas patologías ingresados en el propio Centro.
- Se participa con algunas de ellas en la Exposición de pintura. *La Dignidad de las Personas a través de las culturas*. Congreso Mundial de la AMP, Madrid, septiembre-octubre de 2001.
- También se ceden algunas producciones para la exposición *Nuevos horizontes en el Arte Outsider Hispano*, Casa de América y NAEMI, Madrid, 3 a 26 de febrero de 2006.
- Con ocasión del centenario del hospital psiquiátrico de Álava, se hace una exposición monográfica, con obras del propio Centro San Juan de Dios y de la familia, bajo el nombre de *La peculiar mirada de un artista, Carlos González Rajel*, Sala América-América aretoa, Diputación Foral de Álava, Vitoria, 3 a 22 de mayo de 2007.

⁶⁷ Cf. REDACCIÓN. (1958). «Crónica hospitalaria. Ciempozuelos (Madrid). Sanatorio San José». *Paz y Caridad* 58, 397-400.

- Primer Congreso Internacional de Salud Mental (8, 9 y 10 de octubre de 2009). *Arte-terapia e interpretación de la configuración pictórica en la esquizofrenia*. Institución: Instituto Psiquiátrico «San Juan de Dios». Cochabamba – Bolivia.
- Ordem Hospitaleira de São João de Deus, Província Portuguesa. *Museu São João de Deus. Psiquiatria e História*. Editorial Hospitalidade, Lisboa 2009.
- Con gran éxito de duración se ceden obras de diversos artistas, así como de objetos relacionados con la psiquiatría en la exposición *Pinacoteca Psiquiátrica en España, 1917-1990*. Sala Estudi General La Nau. Universidad de Valencia, Valencia, 22 de octubre de 2009 al 24 de enero de 2010.
- Esta misma exposición se traslada a Andorra en la segunda parte del año 2010.
- Y en la Real Academia Nacional de la Medicina. Madrid, del 10 septiembre al 15 de octubre de 2010, se instala una exposición monográfica temporal sobre la *Esqueletomaquia de C.G.R.*

2. La colección sobre Psicopatología y Arte del Centro San Juan de Dios

La mayor parte de las colecciones de todo tipo, y no sólo las artísticas, son fruto del almacenamiento de una serie de piezas, en muchos casos dispares, en donde no es fácil distinguir entre las que tienen una cierta calidad, de las que no poseen esta condición.

La Colección del Centro San Juan de Dios es el fruto de la convergencia de objetos procedentes de dos tendencias principales:

- a) Por un lado la pintura realizada como terapia por los propios enfermos. Hay que incluir el arte realizado por personas que ya lo realizaban antes de ingresar en la institución.
- b) Por otro, las donaciones de profesionales que han tratado a los autores o por los mismos autores enfermos que han cedido su obra al Centro.

La organización de la colección se remonta a los años 1970 debido a que la sensibilidad al respecto estaba bastante cultivada. Y aunque no se puede hablar de organización de la arte-terapia, como se haría hoy en día, sí ha de afirmarse que había buena producción

artística, aunque no estuviese culminada por una real terapia. Así, por dos vías convergentes tenemos estos testimonios de organización. El día 11 de noviembre de 1974 «se comunica que la biblioteca de residentes y la de Hnos se instalará en la antigua ropería, junto con una exposición de trabajos de los enfermos»⁶⁸. Por otro lado, en el mes de junio de 1976, «con motivo de las fiestas anuales se inaugura una galería de exposiciones «Padre Menni» instalada en la parte superior del comedor de San José. En esta exposición permanente se recogen las obras de muchos enfermos, tanto de pinturas como de trabajos manuales. Hay trabajos muy buenos en pintura de diversos artistas desde los años 30 hasta la fecha. La adaptación del local, su iluminación y amplitud realzan los trabajos. Se pretende que sea un lugar para seguir conservando los trabajos de los enfermos»⁶⁹.

El trabajo de clasificación y catalogación ha resultado difícil, puesto que, en un principio hubo que dedicarse a la labor de inventariar todo lo existente, excluyendo las piezas que no gozaban de un mínimo de calidad artística o interés psicopatológico, según criterios profesionales lo más objetivos posibles.

Lo más interesante resultó la organización de las obras de los enfermos. Hay entre ellas de muy diversa calidad. Por un lado, piezas de un indudable componente artístico, mientras que por otro hay cuadros más interesantes desde el punto de vista psicopatológico que plástico, según lo cánones 'normales'.

En el primero de los casos hay dos artistas: C. G. R. (Historia C. 13.164) y A. S. M. (Historia C. 11.264 y 16.238), cuyas obras, especialmente las del último, son muy numerosas. Por tal motivo se las agrupa por temáticas: bodegones, naturalezas muertas, paisajes, academias, copias... De este modo, se podría ver su evolución artística así como apreciar su evolución psicológica, desde la claridad de sus primeras obras, dotadas de gran luminosidad, hasta los sombríos negros de sus últimos momentos, como les había acontecido a grandes pintores de todos los tiempos: Miguel Angel, Tiziano, Rembrandt, Goya o Van Gogh, entre muchos.

A C. G. R. (Historia C. 13.164)⁷⁰ junto a Á. M. E. (Historia C.

⁶⁸ LIBRO DE CAPÍTULOS (5) (1930-1978) (Casa de San José de Ciempozuelos). Archivo del Centro San Juan de Dios. Ciempozuelos. Madrid.

⁶⁹ LIBRO DE HISTORIA DEL SANATORIO SAN JOSÉ (1876-...) CENTRO SAN JUAN DE DIOS. Archivo del Centro San Juan de Dios. Ciempozuelos. Madrid. f. 101 v. - 102.

⁷⁰ Es el creador de la Esqueletomaquia en 1931 dando lugar a una verdadera babel de opiniones un tanto encontradas. Para más detalle de este autor, ver más adelante su estudio, y más en concreto, la interpretación pictórica de las láminas del test Rorschach.

3.676)⁷¹, se les dedica una sala independiente debido especialmente, no sólo a su indudable calidad e interés artístico, sino también al formato de sus obras, más aptas para la contemplación íntima y tranquila, que para espacios grandiosos donde se perderían un tanto.

Del resto de los artistas, muchos para citarlos a todos, se han seleccionado sus obras, agrupándolas por temáticas, estéticas o simplemente dentro de un mismo autor, pero procurando ante todo que haya una cierta unidad, dando a la vez a la contemplación de las obras una diversidad que anime el trabajo y facilite el estudio, como también la contemplación de las piezas.

Sobre *A.M.N.* (Historia C. 9.774), decir que su obra no se ha descubierto sino últimamente, ya que estaba depositada en su historia clínica. Se trata de numerosos dibujos y diseños que resultan altamente parecidos a los realizados por el mencionado Martín Ramírez más arriba.

3. Estudio de Carlos González Rajel

Carlos González Rajel, fotógrafo de profesión, y polifacético de la pintura, integra en su personalidad una doble patología: *alcoholismo crónico* y *P.M.D.* (Historia C. 13.164). Si se establece relación entre el alcoholismo crónico y las psicosis, en general se produce un empeoramiento significativo de las manifestaciones de las psicosis, aunque no hay relación causal simétrica. En el caso de C.G.R., para intentar superarse en ciertos momentos de su depresión y poder elaborar arte, se estimulaba con la bebida hasta caer en la toxicomanía alcohólica.

Las figuras esqueléticas las inicia entre 1930-1931. Utiliza la metamorfosis y deformación de la realidad en su esqueletomaquia⁷². Rajel dice sobre su arte: «Esto no me la ha recomendado más que mi Arte Delicado» (17 de octubre de 1956).

Constatamos también que el 23 de octubre de 1956 escribe y diseña «Villa Esqueletomaquia». Y son bastantes las exposiciones en las que se han llevado sus obras, sea en vida o posteriormente. Mencionamos las siguientes más significativas:

⁷¹ Con una inmensa colección de copias de anatomía sobre las publicaciones de L. Testut (algunas de ellas reproducidas en la publicaciones de Justiano Valencia citadas en otro lugar), así como retratos en carboncillo.

⁷² Tomamos algunas referencias de MERCEDES DÍAZ RODRÍGUEZ. *Análisis de la Personalidad y de los Trastornos Psicopatológicos del Pintor Jerezano Carlos González Rajel (sic) a través de su pintura*. Tesis doctoral. Universidad de Cádiz, 2004.

- 1.^a 16 de febrero de 1931. Museo de Arte Moderno. Madrid: *Esqueletomaquias*.
- 2.^a 17 de marzo de 1931. Salón de Sesiones de las Casa Consistoriales en Jerez.
- 3.^a En 1937 en los locales de los Sres. Mauris. Sevilla.
- 4.^a En 1941 en Hotel Los Cisnes de Jerez.
- 5.^a Desde el 5-20 de junio de 1942 en Hotel Palace de Madrid.
- 6.^a En el año 1958, aparece constancia de haber tenido una de ellas⁷³.
- 7.^a La *Exposición de Pintura Psicopatológica*, Diputación Provincial y Caja de Ahorros de Cuenca, Cuenca, 17 a 29 de junio de 1977, es otra muestra de la que quedan algunos programas en el archivo del Centro San Juan de Dios de Ciempozuelos. Se expusieron obras de varios artistas y con diversas patologías ingresados en el propio Centro.
- 8.^a Se participa con algunas de ellas en la Exposición de pintura. *La Dignidad de las Personas a través de las culturas*. Congreso Mundial de la AMP, Madrid, septiembre-octubre de 2001.
- 9.^a Con ocasión del centenario del hospital psiquiátrico de Álava, se hace una exposición monográfica, con obras del propio Centro San Juan de Dios y de la familia, bajo el nombre de *La peculiar mirada de un artista, Carlos González Rajel*, Sala América-Amarica aretoa, Diputación Foral de Álava, Vitoria, 3 a 22 de mayo de 2007.
- 10.^a Exposición *La noche española. Flamenco, vanguardia y cultura popular 1865-1939*, Museo Nacional Centro de Arte Reina Sofía de Madrid, desde el 4 de diciembre de 2007 al 24 de marzo de 2008.
- 11.^a Con gran éxito de duración se ceden obras de diversos artistas, así como de objetos relacionados con la psiquiatría en la exposición *Pinacoteca Psiquiátrica en España, 1917-1990*. Sala Estudi General La Nau. Universidad de Valencia, Valencia, 22 de octubre de 2009 al 24 de enero de 2010.
- 12.^a Esta misma exposición se traslada a Andorra en la segunda parte del año 2010.
- 13.^a Y en la Real Academia Nacional de la Medicina. Madrid, del 10 septiembre al 15 de octubre de 2010, se instala una ex-

⁷³ Cf. REDACCIÓN. (1958). «Crónica hospitalaria. Ciempozuelos (Madrid). Sanatorio San José». *Paz y Caridad* 58, 397-400.

posición monográfica temporal sobre la *Esqueletomaquia de C.G.R.*

El aspecto peculiar que le caracterizaba a este autor es recogido en un poema dedicado por D. Juan Gotor:

«Mefistófeles, flaco, anguloso e inquieto,
embozado en su capa (calavera en el broche)
que labora durante toda la noche,
royendo los cartílagos de cualquier esqueleto.

Eres un mago, astuto, moderno y complicado,
que guardas un secreto de personalidad,
y aunque quitas la carne,
queda siempre el pecado prendido en la osamenta,
(carné de identidad).

Y por eso en tu obra nunca vemos la Muerte,
y pierden su sentido los cirios y el blandón...
Prometo no asombrarte si algún día he de verte,
bebiéndote las copas dentro de un panteón.

Y es que tú eres un mago radiólogo y humano
que a la noche malpúrgica no has ido ni una vez...
y empeñaste la bola de cristal embrujado
por beberte unas copas de excelente Jerez.

Tu obra es una síntesis inefable y aguda
que tiene realidades de audaz vivisección.
Tu talento contempla sentado como un Buda
esa Esqueletomaquia de tu imaginación.

Tu Arte prodigioso, ultraespiritualista,
trota en raudos Pegaso allá en la estratosfera
y has volado tan alto que has perdido de vista
de la Vida y la Muerte, la mezquina frontera.

Quiero con estos versos colocar en tu frente,
la corona invisible de tu gran Monarquía.
Tú eres un Rey, jocundo,
creador eminente de tu país descarnado,
que está en tu fantasía.

Y ya que tu alta frente regia corona ostenta,
permite a este vasallo que incline su osamenta».

Como reconocimiento a su «arte» se brinda esta sencilla reflexión que intenta dar luces a su obra y a su creación, que brilla por sí

misma, para que, de alguna manera, impidamos se olvide para la historia. A pesar de sus posibles limitaciones, que al final de su vida fueron muchas, C.G.R. aporta al arte dos importantes capítulos que, como sucede casi siempre, algunos otros artistas han podido apropiarse como estilo, piénsese por ejemplo en Dalí que ‘aprende’ de todos:

I. *La Esqueletomaquia*⁷⁴: En general, los esqueletos se pueden interpretar de dos maneras:

- a) Esqueletos, sin más, que sería un reflejo de la soledad, tristeza, frialdad afectiva, preocupación hipocondríaca.
- b) Esqueletos rumberos, como un intento de superar la propia frialdad afectiva y las dificultades sexuales.

Para C.G.R. la Esqueletomaquia es *el arte de ver las cosas más allá de lo que alcanzan nuestros ojos*. Sus esqueletos son estáticos, dinámicos y rumberos. Los motivos de sus esqueletos son: Cervantes y El Quijote; los elementos de su tierra, los bailarines; los elementos del mundo de los toros; cualquiera de nosotros que pudiera aparecer en sus cuadros; los propios autorretratos; los animales y la naturaleza.

Los esqueletos de C.G.R. representan:

- a) El destino hacia la muerte bajo cierto sentido del humor negro de su autor; pero no pinta la muerte estática. Es un análisis expresionista de una sociedad.
- b) C.G.R. ríe ante la muerte y hace a ella misma sonriente e inofensiva.
- c) La ambivalencia de los esqueletos rumberos: el canto y el baile son *alegría*, el esqueleto y la muerte son *tristeza*, las palmas y

⁷⁴ Es importante en este sentido el reconocimiento que ha tenido y tiene C.G.R. Se trae un escrito de JUAN DE LA PLATA en el *Diario de Jerez* del día 17 de junio de 1990 con el título «Oda esqueletomáquica al pintor C.G.R.»: «Perfil de Quijote redivivo,/ espadachín silente de tinieblas,/ antigua estampa de hidalgo aventurero/. Tú eres rey de las cavernas de la vida,/ ¡o flaco pierrot de huesos podridos!/ ¿Loco? Artista, soñador, poeta. / Cyrano burlón y galante./ Bailarán en la bacanal sarcástica/ de los perros y los espectros./ Niño, muchacho, viejo dandy de verbena,/ cortejador de la luna./ Si-barita en la cena de las calaveras./ Bastón de bambú de las carcajadas./ Pato altivo con bufanda de ironías./ Blanca cabeza de nieve/ extraída de la sima de los muertos./ Roja sangre de tragedia tabernaria/ la de tus mejillas de escanciador nocturno,/ en bohemia de tascas perdidas./ Carlos: viejo encantador;/ cantarín muchacho con voz de trompeta funeraria;/ niño burlón que te ríes de todo.../ ¡Vamos a ponerle a la carne de hielo de los hombres/ el esqueleto de sol que les falta.»

el taconeo de huesos son *disarmonía*, el esqueleto permanece *estático*, el bailar es *movimiento constante*. Al contemplar el dibujo *Fandanguillo de Almería* de C.G.R., irónica radiografía de una bailarina, se advierte un macabro humorismo, que nace del valor de caricatura adquirido por el esqueleto al adornarse con prendas impropias de él y moverse como si tuviese vida. La sonrisa, que en nosotros pueda provocar la contemplación de estas imágenes de la Muerte, tiene un sabor amargo. Es como si una escena cómica se pusiera de repente seria. Son sinceras confesiones dramáticas, expresadas con un lenguaje que quiere ser gracioso y está cargado de patetismo. Hay un guiño de sarcasmo burlón, pero que al exterior se asoma con crepón de luto⁷⁵.

- d) Sus creaciones no inspiran terror ni entenebrecen los pensamientos. Sus muertos son gentes divertidas, jocundas, que no se han enterado todavía de que ya no viven o que aún 'gozan de buena salud'.
- e) Las esqueletomaquias de C.G.R., son imágenes de ultratumba con las que crea otro mundo fantástico, que le sirve para hacer libre crítica de la realidad social y política, con mayor intensidad, si bien, suavizada por el buen humor. Otros autores como Posada ya lo habían hecho: *la muerte se volvió calavera, que pelea, se emborracha, llora y baila*.
- f) La figura de Don Quijote, que parece ser asumida por el propio autor y esqueletizada en la totalidad de las ocasiones, se contrapone a Sancho, que resulta ser mínimo, incluso inexistente. Hace ello pensar que C.G.R. podría tener un motivo obsesivo con la figura de Don Quijote para sus pinturas.
- g) C.G.R. encuentra en sus esqueletomaquias la mejor forma de expresar la actitud y cruel paradoja que acompañó a la España de principios de siglo, personajes alegres y optimistas que al mismo tiempo dejan al descubierto la angustiada realidad existente.

II. *La interpretación pictórica de las Láminas Rorschach*⁷⁶: La segunda aportación la constituyen los óleos realizados sobre las lá-

⁷⁵ Cf. ESPRESATI, C.G. (1948). «La sonrisa de la muerte». *Arte español*, 3º cuatrimestre. Madrid.

⁷⁶ Tomamos estos apuntes de la colaboración realizada por RAMÓN MARTÍN RODRIGO en PLUMED MORENO, C., SÁNCHEZ BRAVO, J., MARTÍN RODRÍGO, R. (1976): «C.G.R.: La creatividad pictórica de un artista desconocido», *Paz y Caridad* 193, 39-49.

minas del test Rorschach. Únicas en su género, por lo que se hace una sintetizada aproximación a su posible interpretación, en donde se manifiesta su personalidad y algunos rasgos significativos del autor, a los que nos acercamos con el máximo respeto que nos merece, como persona y como artista.

Hay una *buena adaptación a la tarea*. La productividad ha sido óptima en las diez láminas sin encontrar fracasos o importantes bajas en el rendimiento.

Se desconoce la *primera reacción* ante cada una de ellas, así como los tiempos de latencia entre la presentación de la lámina Rorschach y el comienzo de la tarea pictórica. Tampoco sabemos nada de la duración total de cada una de las láminas. A pesar de ello se aventuran estas interpretaciones, manteniendo los criterios en vigor por los años 70⁷⁷.

A la luz de esta pintura podemos afirmar que se trata de un *individuo superdotado*. Demuestra un claro predominio del tipo o aptitud artística, de productividad sistemática, cuasi rígida.

Para E. Bohm es propia del ambigüo la precisión para recogerse en sí mismo en el sentido de la «pausa» y crear nuevos impulsos cuando han trabajado por mucho tiempo. El impulso hacia la retirada antes de la acción es lo esencialmente típico de los hombres creadores. Tiene contenidos muy ricos y simbólicos. Es frecuente la fusión figura-fondo propia de artistas, por la labilidad estructural y movilidad propia del pensamiento artístico.

Su modo de razonar es predominantemente de línea deductiva. Su control de la realidad es normal. Aunque sobre un fondo de realidad bueno, él monta unas creaciones peculiares (*esqueletos en lugar de personas, mujer-murciélago...*).

La presentación de pocas respuestas o rasgos habituales en la mayoría de las personas nos podría inducir a un posible divorcio con la realidad que sería apropiado a un artista que ha desarrollado una enfermedad.

Muestra a lo largo de su obra una afectividad impulsiva, pero predominantemente adaptada.

Sobre su contacto social: Es normal con tendencia a la inhibición, aunque nos parezca una contradicción a cuantos le hemos conocido.

⁷⁷ BOHM, E. (1971). *Manual del Psicodiagnóstico de Rorschach*. Madrid, Morata. p. 122.

A la base de todo el protocolo hay un componente agresivo, constante y activo, mucho más manifiesto en las primeras escenas y más matizado luego. La agresividad va canalizándose sobre la imagen femenina, y desde la «pelea sangrienta entre dos hombres» (*Lámina II*) y la «danza en torno al fuego de los esqueletos salvajes con las lanzas levantadas» (*Lámina III*) se centra en las cuatro láminas siguientes (*IV, V, VI, VII*) en una lucha directa, cada vez más sutil y variada, que culmina con su total destrucción por el fuego purificador en la *lámina IX*. Y quizás las caras burlonas y sonrientes de la *lámina VIII* y *X* sean testigos gozosos del largo calvario.

La temática es la propia de un depresivo: proyección de sentimientos de culpa, (*Láminas I, IV, VIII, X*). Autodestrucción y agresividad, (*Lámina II*). Sentimiento de frustración (*Lámina VI*). Exterminación del prójimo (aquí la mujer): *Lámina IX*, por el fuego; *Lámina VI*, por el aislamiento; *Lámina V*, por la ridiculización. Sentido de la muerte (*Lámina III*).

Hay que destacar la mujer en el protocolo Rorschach de C.G.R.: Sigue un proceso bastante claro hacia una dirección concreta: su repulsa hacia la imago femenina, que le lleva incluso a eliminarla. ¿Podría hacer una alusión a la relación inestable con la madre? Otros estudios abogan por ello⁷⁸: *Lámina I: Anciana enlutada; Lámina IV: Diablo central con dos brujas; Lámina V: Mujer desnuda con cuernos y alas de murciélago; Lámina VI: Mujer condenada al aislamiento; Lámina VII: Bailarinas como esculturas sin vida;* Es tal vez, un nuevo castigo la privación de movimiento; *Lámina IX: Eliminación de la mujer por el fuego purificador.*

Y resulta singular su obra llamada *el Cristo de los locos*, siempre admirada por todos y enigmática como escribe de ella *J.P.O.:*

*Quien en la tierra pintó
un Cristo con tanto amor
no fue loco no demente,
pues quiso dar a la gente
un mensaje de dolor.*

*Cristo, en la cruz no se muda
siempre en el árbol clavado;
¿no es camino de locura?
para tantos desgraciados.*

⁷⁸ Cf. MERCEDES DÍAZ RODRÍGUEZ. *Análisis de la Personalidad y de los Trastornos Psicopatológicos del Pintor Jerezano Carlos González Ragel (sic) a través de su pintura.* Tesis doctoral. Universidad de Cádiz, 2004.

*Mi vida fue muy velada
hasta en el lienzo dejarte,
la obra fue terminada
y con el cielo me pagaste.*

Complementaria a esta visión de C.G.R., su proceso clínico y de tratamientos, manifiesta un cierto paralelismo con su obra pictórica. No disponemos de la cronología de su producción, pero sí de la relativa a sus pinturas sobre el Quijote, escenas de Toros y láminas Rorschach, que se ubican al final de los años 1950 y principios de los 1960.

Mercedes Díaz Rodríguez trata de conocer la estructura de la personalidad de este artista y la influencia de la patología así como de su personalidad en su obra creativa, de la mano de Jung para la personalidad y de la psicobiografía propia⁷⁹. Llega a firmar que:

- Carlos González Rajel, estaba dotado de una gran habilidad y talento para el dibujo y la pintura, que manifestó precozmente y que fue alentado y estimulado por su ambiente familiar, sobre todo por su madre.
- La vivencia de orfandad materna y del alcoholismo paterno ejerció una gran influencia en el desarrollo de su potencial creador, en el sentido de crearle la necesidad de buscar, dentro de la pintura, un orden a su propio psiquismo.
- El contexto sociocultural influyó en la temática de la obra, pero no aportó la estimulación adecuada para la maduración del artista.
- El trastorno afectivo bipolar influyó negativamente en el sentido de limitar la capacidad del artista para estar centrado y trabajar duro en su obra.
- El alcoholismo provocó un grave deterioro de la personalidad del artista y obstaculizó el adecuado desarrollo de su potencial creador.
- Carlos González Rajel tuvo, según la terminología junguiana un complejo materno que sesgó seriamente las relaciones con las mujeres e impidió una adecuada adaptación al entorno.
- El complejo materno influyó en la temática de la obra, al plasmarse en ella el miedo a la muerte, que emana de dicho complejo.

⁷⁹ MERCEDES DÍAZ RODRÍGUEZ. *Ibidem*.

- La obra de Carlos González Rajel es un fiel reflejo de su propio proceso de individuación, pues en ella se proyectan las distintas etapas por las que atravesó el artista en el desarrollo de su personalidad.

Además es preciso decir que C.G.R., para muchos fue un loco con trazos de genialidad y para otros tantos, fue un gran artista que tuvo la mala suerte de enfermar, en una época donde no había tratamientos eficaces y que le tocó sufrir por partida doble: por las vivencias tremendas que la enfermedad le impuso y por el terrible efecto que ello provocó en su creatividad. Al igual que muchos otros grandes artistas tuvo que soportar un enorme sufrimiento personal asociado a una terrible incompreensión social.

A MODO DE COROLARIO SOBRE LA PSICOLOGÍA Y EL ARTE

Por acabar de alguna forma, y ser coherente por el momento presente, se puede decir que, el arte es patrimonio del hombre, de la persona que lo produce y, no cualquiera puede ser considerado artista, aunque tampoco podemos decir, que alguien no lo es porque no se ajusta a los cánones vigentes o a la demanda del mercado.

La Orden Hospitalaria siempre ha aprovechado los resquicios que haya encontrado en las personas para su mejor rehabilitación y reinserción, ya que pertenece a la sociedad y es miembro de la misma de todo derecho, a pesar de que alguien se lo quiera negar. No podía ser de otra manera, cuando en las terapias ocupacionales ha empleado los recursos a su alcance para que el enfermo se exprese con sus posibilidades y su realización personal.

Lo hemos visto en este estudio sobre el arte, mal llamado psicopatológico, ya que el arte no está enfermo, sino que es realizado por la persona sea esta más o menos normal en términos estadísticos.

Son varias las exposiciones a las que se asiste, desde muy temprano en 1958 hasta las fechas actuales. Asimismo la institución juanediana, tiene colecciones de producciones, incluso artísticas, realizadas por los enfermos con trastornos mentales diversos. Los artistas han proliferado, entre los que se han destacado algunos ejemplos, para que puedan ser considerados dignos de un puesto en nuestra sociedad y en nuestra cultura.

Bien podemos comprobar que el proceso clínico experimentado

en los autores referenciados es de claro deterioro. Las conclusiones, no pueden ser rotundas, ni categóricas, en el sentido de afirmar haya una clara correspondencia entre el deterioro clínico y el deterioro pictórico. Semejante aserto, precisaría de un estudio todavía más concienzudo, y sobre una mayor muestra significativa de patologías, que desborda el margen de esta aportación que, solamente pretende ser un avance en defensa de las personas, que ignoramos por qué no son considerados artistas, aunque no coticen en el mercado del arte. Se está denegando una oportunidad.

Sí estamos dispuestos a afirmar que, la producción artística ayuda al diagnóstico y es complementaria. Así lo hemos visto y expresado más arriba. Ya tenemos bastantes recursos al respecto y suficientemente estudiados como para hacerlo. Importa tener una trayectoria de la persona en cuestión y el conocimiento de su producción.

Las experiencias están proliferando por los países en los que trabaja la institución. Habrá que dejar abierta una vía a la transculturalidad, para hacer asertos más categóricos y generales pero de momento nos conformamos con lo dicho: la enfermedad mental no es impedimento para el arte, aunque tampoco es causa del mismo, a pesar de que haya artistas enfermos y enfermos que hacen arte.

*Si yo fabricara el mundo,
sería sin carne: hueso.
Con azules calaveras
y rotundos esqueletos.*

*Rayos X redentores
me llevarían adentro:
a la raíz, a la esencia,
sin olas de sangre ardiendo.*

*Ay, cómo pesa tu carne,
Sancho, tragón irredento.
¡Aire! Yo no quiero abrigos
grasos. ¡Vestidme con viento!*

*Si yo fabricara el mundo,
sería sin carne: hueso.
Arremetiendo molinos
con mi lanza y con mis sueños.*

Nicolás de la Carrera

BIBLIOGRAFÍA

- ABBY CALISCH (2001). «La búsqueda del significado de las imágenes: implicaciones para la terapia artística», en *Ibidem*, p. 33.
- ABC Cultural, 13.10.2001, pp. 43-44.
- ÁLVAREZ VILLAR, A. (1974). *Psicología del arte*. Madrid, Biblioteca Nueva.
- AMERICA SÁNCHEZ I ALBERT PLANAS (2010). *Comics*. Fundacio CPB. Salut Mental. Ediciones La Cúpula, Barcelona.
- ANA HERNÁNDEZ MERINO (2009). Un encuentro con la pintura psiquiátrica. Universitat de Valencia. *Pinacoteca Psiquiátrica en España 1917-1990*, pp. 9-19.
- ANTONIO GARCÍA BERRIO. «¡Pintor el último!» *ABC Cultural*, 31.07.2010. *Archives of Neurology*, 2004; 61: 842-844.
- ARIS, ALEJANDRO (2002). *Medicina en la Pintura*. Barcelona, Lunweg Editores.
- ARTE CHATARRA. Rauschenberg, el hechicero. *Diario Médico*, 30.04.2010 p. 24.
- BOHM, E. (1971). *Manual del Psicodiagnóstico de Rorschach*. Madrid, Morata.
- BROOKE DAVIS ANDERSON (2010). Paisajes de la añoranza: la visión del mundo de Martín Ramírez, en LYNNE COOK ET AL. *Martín Ramírez. Marcos de reclusión*. Museo Nacional Centro de Arte Reina Sofía, Madrid, p. 24.
- BROOKE DAVIS ANDERSON (2010). «Paisajes de la añoranza: la visión del mundo de Martín Ramírez», en LYNNE COOK ET AL. *Ibidem*, p. 23.
- CANO DE LA CUERDA R, COLLADO-VÁZQUEZ S. (2010). «Deficiencia, discapacidad, neurología y arte». *Rev Neurol*; 51: 108-16.
- CARLOS CARBONELL (1999). «Arte, delirio y libertad», en IV CONGRESO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA (1999). *Estéticas de la angustia*. Oviedo, p. 29.
- CARLOS CARBONELL (2001). «Expresión plástica, cultura y psiquiatría en Exposición de pintura». *La Dignidad de las Personas a través de las culturas*. Congreso Mundial de la AMP, Madrid, septiembre-octubre, pp. 17-19.
- CORRONS, P. A. COLUMBUS, O. (1966). «Arte psicopatológico. La creación artística: un método de psicoterapia profunda». *Paz y Caridad* 127.
- CUELLI, REDIL, et. *Teorías de la personalidad*. México D.F. Edictorial Trillas. 2004.
- DALEY, T. (1987). *El arte como terapia*. Barcelona, Herder.
- «El arte vence al estigma del enfermo mental». *Diario Médico*, 7.10.2005.
- ESCUDERO VALVERDE, J. A. (1975). *Pintura psicopatológica*. Madrid, Espasa Calpe S.A.
- Excerpta Medica Foundation Offices* (1966) 117, 87-91. Madrid.
- FELIPE VALLEJO (2009). Saltando tapias en ANA HERNÁNDEZ MERINO (2009). Un encuentro con la pintura psiquiátrica. Universitat de Valencia. *Pinacoteca Psiquiátrica en España 1917-1990*, pp. 292-293.
- FOSTER, HALL (2008). *Dioses prostéticos*. Madrid, Ed. Akal,
- GILLO DORFLES. (2010) «Falsificaciones y fetiches». *Revista de Occidente*, n.345, febrero, pp. 67-68.
- GONZÁLEZ LUQUE, F.J. MONTEJO GONZÁLEZ, A.L. (1997). *Vicent van Gogh, poseído por el color y la luz*. Salamanca. Lab. Juste, SAQF.
- HAL FOSTER (2008). «Intuiciones ciegas», en *Dioses prostéticos*, Madrid, Akal, pp. 229-258 citado en LYNNE COOK, et al. *Martín Ramírez. Marcos de reclusión*. Museo Nacional Centro de Arte Reina Sofía, Madrid, 2010, pp. 153-165.

- HAMMER EMANUEL F. *Tests Proyectivos Gráficos*. México D.F. Ediciones Paídos. 1992
- HERNÁN OLIVERA ARAUCO, ELBA TAMEZ SANABRIA del Instituto Nacional de Psiquiatría «Gregorio Pacheco» y su contribución al Primer Congreso Internacional de Salud Mental (8, 9 y 10 de octubre de 2009). Arteterapia e interpretación de la configuración pictórica en la esquizofrenia. Institución: Instituto Psiquiátrico «San Juan de Dios». Cochabamba – Bolivia.
- HUGO BALL. *La huida del tiempo*.
- IV CONGRESO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA (1999) *Estéticas de la angustia*. Oviedo.
- JADI, I. (1997). «Vergangenes gegenwärtig» en Vv.AA. *Kunst & Wahn*. Kunsforum, Wien, Dumont. p. 175-181).
- JAMES LAWRENCE (2010). Los chivos expiatorios y los contornos del orden, en LYNNE COOK, et al. *Ibidem*, p. 45.
- JOSÉ LUIS PARDO (2010). *Nunca fue tan hermosa la basura*. Barcelona, Círculo de Lectores-Galaxia Gutenberg.
- JUAN DE LA PLATA en el *Diario de Jerez* del día 17 de junio de 1990 con el título «Oda esqueletomáquica al pintor C.G.R.» ESPRESATI, C.G. (1948). La sonrisa de la muerte. *Arte español*, 3º cuatrimestre. Madrid.
- JULIO BOBES Y CELSO ARANGO (1999). Creatividad y uso/abuso de drogas. en IV CONGRESO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA (1999). *Estéticas de la angustia*. Oviedo, p. 16.
- JULIUS, ANTHONY (2002). *Transgresiones. El arte como provocación*. Barcelona, Ediciones Destino.
- «La otra mirada». *Diario Médico*, 17.12.2003.
- La Vanguardia Española*, 24 de mayo de 1964.
- LIBRO DE CAPÍTULOS (5) (1930-1978) (Casa de San José de Ciempozuelos). Archivo del Centro San Juan de Dios. Ciempozuelos. Madrid.
- LIBRO DE HISTORIA DEL SANATORIO SAN JOSÉ (1876-...) CENTRO SAN JUAN DE DIOS. Archivo del Centro San Juan de Dios. Ciempozuelos. Madrid. f. 101 v. -102.
- LUSCHER MAX. *Test de los colores*. España. Ediciones Paidós. 1977.
- LYNNE COOK ET AL. (2010). *Martín Ramírez. Marcos de reclusión*. Museo Nacional Centro de Arte Reina Sofía, Madrid, 2010, p. 13.
- MACHÓN, ANTONIO. (2009). *Los dibujos de los niños. Génesis y naturaleza de la representación gráfica. Un estudio evolutivo*. Madrid, Ed. Cátedra (Grupo Anaya S.A.), pp. 18-19.
- MACHOVER KAREN. *Test Proyectivos: Figura Humana*. Madrid. 1983
- MEUMANN, ERNESTO (1946.) *Introducción a la estética actual*. Buenos Aires, Espasa-Calpe.
- MUSEO NACIONAL CENTRO DE ARTE REINA SOFÍA (1993). «*Visiones paralelas*». Madrid, en Los Ángeles County Museum of Art, 1992, o Vv.AA. (1997). *Kunst & Wahn*. Kunsforum, Wien, Dumont.
- NATHALIE HEINICH (2010) «La falsificación como reveladora de la autenticidad». *Revista de Occidente*, n. 345, febrero, pp. 23-24.
- ONDOLEGUI, H. (1932). «Terapéutica a base de los colores». *Caridad y Ciencia* año IV.
- ORDEM HOSPITALEIRA DE SÃO JOÃO DE DEUS, PROVÍNCIA PORTUGUESA. *Museu São João de Deus. Psiquiatria e História*. Editorial Hospitalidade, Lisboa 2009.

- PAÍN, S., JARREAU, G. (1995), *Una psicoterapia por el arte. Teoría y técnica*. Buenos Aires, Nueva Visión.
- PECH, J. (1997). «Diese unbestimmten und gefährlichen Gebiete» en Vv.AA. *Kunst & Wahn*. Kunsforum, Wien, Dumont.
- PETER SCHJELDAHL (2010). «Tren del misterio: Martín Ramírez, artista marginal». *The New Yorker* (29 de enero de 2007), pp. 88-89, en LYNNE COOK, et al. *Ibidem*, pp. 150-151.
- PHYLLIS KIND (2010). «Martín Ramírez bajo escrutinio». En Roger Cardinal, Seymour Rosen, Phyllis Kind et al. *Visions fom the Left Coast: California Self-Taught Artists*, Santa Barbara, Santa Barbara Comtemporary Arts Forum, 1985, pp. 24-27, en LYNNE COOK, et al. *Ibidem*, pp. 148-149.
- PIERRE KEIN. JEAN. *Arteterapia Introducción*. Barcelona España. Octaedro, S.L. 2006.
- PLUMED MORENO, C. (2000). *Un siglo con el enfermo mental. Caminos abiertos...* Madrid, Fundación Juan Ciudad.
- PLUMED MORENO, C., GARCÍA GUTIÉRREZ, P., MARTÍNEZ CARBAJO, A. (1996). *Catálogo de la Colección de Arte Psicopatológico del Centro San Juan de Dios* (sin publicar).
- PLUMED MORENO, C., SÁNCHEZ BRAVO, J., MARTÍN RODRÍGO, R. (1976): «C.G.R.: La creatividad pictórica de un artista desconocido», *Paz y Caridad* 193.
- POROT, A. (1977). *Diccionario de Psiquiatría* t. 1. Barcelona, Labor S.A.
- PRETTE MARIA CARLA, DE GIORGIS ALFONSO. *Historia Ilustrada del Arte: Técnicas, Épocas, Estilos*. Madrid. Editorial Susaeta.
- REDACCIÓN. (1958). «Crónica hospitalaria. Ciempozuelos (Madrid). Sanatorio San José». *Paz y Caridad* 58.
- REDACCIÓN. (1958). Crónica hospitalaria. Ciempozuelos (Madrid). Sanatorio San José. *Paz y Caridad* 58, 397-400.
- ROBERTA SMITH (2010). «Un espacio radiante: el arte de Martín Ramírez». En Elsa Longhauser, et al. *The Heart of Creation: The Art of Martín Ramírez*, Filadelfia, Galleries at Moore College of Art and Design, 1985, pp. 6-14, en LYNNE COOK, et al. *Ibidem*, pp. 144-147.
- ROGER CARDINAL (2010). El mensaje de Martín Ramírez. *Inscape: The Journal of the British Association of Art Therapists* 5, n.º 1 (1981), pp. 4-6, en LYNNE COOK, et al. *Ibidem*, pp. 142-143.
- RÖSKE T. (1997). «Schizophrenie und Kulturkritik» en Vv.AA. *Kunst & Wahn*. Kunsforum, Wien, Dumont. pp. 255-265.
- RUILOBA, C. (1984). *Arte Psicopatológico: la obra de C.G.R. en el Hospital San José de Ciempozuelos*. Madrid. Memoria de licenciatura. U. Complutense, Facultad de Geografía e Historia (sin publicar).
- SCANIO ELSA. *Arteterapia: por una clínica en Zona de Arte*. Argentina. Editorial Lumen. 2004.
- VALENCIA, J. (1924). *Nociones de Anatomofisiología humana para uso de los religiosos de la Orden de San Juan de Dios auxiliares del médico*. Prólogo del Dr. D. Antonio Fernández-Victorio. Madrid.
- VALLEJO-NÁGERA BOTAS, J.A. (1978). *Locos egregios*. Madrid, Dossat S.A. 4ª edición.
- VAQUERO TURCIOS (1999). IV CONGRESO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA. *Estéticas de la angustia*. Oviedo, p. 218.
- VOLMAT, R. (1956). *L'Art psychopathologique*, Presses Universitaires de France.

PALABRAS FINALES DEL SR. PRESIDENTE

Muchas gracias a todos los que han intervenido en la Sesión de hoy, al Prof. López-Ibor, al Prof. Carbonell, a Calixto Plumed, por sus fantásticas aportaciones. Quisiera en este momento recordar al Prof. Amador Schüller, hoy no ya desgraciadamente con nosotros, que hoy hubiera disfrutado en esta sesión. El Prof. Schüller era un apasionado del estudio de la pintura y la medicina, habiendo hecho singulares aportaciones en la Academia en esta materia.

De cuanto hemos escuchado, y aunque quedan muchos interrogantes, resulta claro que una cosa es el enfermo y otra la enfermedad, y que cuanto vivimos los clínicos en el día a día, también lo viven los psiquiatras y los psicólogos cuando tienen que abordar a los pacientes que, con su creatividad, bien sea en este caso la pintura, tienen formas a veces espectaculares de explicitarlo. Una pregunta queda en el aire en la cual tendríamos que profundizar: ¿cómo influye la enfermedad en el trasvase de un pintor determinado a una nueva forma de pintar o cómo influye la enfermedad en alguien que nunca pintó, y que como terapia se le pone a pintar y expresa algo que a veces puede ser entendido y otras no?

Es verdad que uno se pregunta ¿por qué un paciente quiere pintar?, ¿para qué?, ¿para quién?, ¿tiene algún mensaje?, etc. Yo creo que el Prof. López-Ibor nos ha aclarado, y ha puesto el ejemplo de algunos poetas, que hay algunos que venden sus obras y a lo mejor son muy malas y otros que a lo mejor son muy buenas, las hacen y las rompen y las tiran a la papelera. Es decir seguramente escriben para ellos mismos, o dirigidas para alguien, o tienen algún mensaje que se puede captar. El rico mundo de la psiquiatría y la psicología seguro que puede aportar mucho a ese enorme cantidad de interrogantes, algunos aquí esbozados, y que son a veces difíciles de comprender.

Felicitemos también al Dr. Calixto Plumed, no solo por su magnífica aportación, sino también por la exposición que nos presentó el otro día y que abrimos e inauguramos el día de la Noche en Blanco. Les puedo decir a ustedes que en esta Academia entraron el día de la Noche en Blanco más de tres mil personas contadas y vieron la exposición, además de ver también una visita de la Academia. Les transmito también que quedaron sorprendidos de este pintor, este paciente, que con la esquetomaquía, con esa forma de pintar quería expresar todo aquello que llevaba dentro. Esta exposición tan

interesante, va a estar hasta el día 15 de octubre en esta Real Academia y creo que todos aquellos que tienen sensibilidad para poder comprender y entender lo que hemos visto también lo transmitirán a sus compañeros y amigos para que puedan ver también esta exposición. Gracias de nuevo al Dr.Plumed por el importante trabajo que vienen haciendo en este campo en el seno de la Orden de San Juan de Dios.

Al Prof. Carlos Carbonell debemos igualmente reconocerle porque siempre sus aportaciones en la Academia son magistrales y llenas de una gran experiencia. La presentación que hoy nos ha hecho sobre la historia natural de los tipos de melancolía y como esa melancolía también nos puede llegar a esa riqueza y a esa explosión de creatividad tan profunda, es sin duda de un valor incalculable y por ello mostramos nuestra admiración.

Muchísimas gracias a todos, se levanta la Sesión.

XX SESIÓN CIENTÍFICA

DÍA 28 DE SEPTIEMBRE DE 2010

PRESIDIDA POR EL EXCMO. SR.
D. MANUEL DÍAZ-RUBIO GARCÍA

**MONOGRAFÍAS DE LA REAL ACADEMIA
NACIONAL DE MEDICINA**

Por el Excmo. Sr. D. EDUARDO DÍAZ-RUBIO GARCÍA

Académico de Número

UTILIDAD DE LA PET-TAC EN ONCOLOGÍA

Por el Excmo. Sr. D. JOSÉ LUIS CARRERAS DELGADO

Académico de Número

MONOGRAFÍAS DE LA REAL ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

Por el Excmo. Sr. D. EDUARDO DÍAZ-RUBIO GARCÍA

Académico de Número y Coordinador de la Serie

Excmo Sr. Presidente,
Excmos Sres. Académicos,
Sras. y Sres.:

Hoy es un día importante para esta Corporación al asistir al nacimiento de una obra editorial como es la de Monografías de la Real Academia Nacional de Medicina.

Este acontecimiento no es en modo alguno casual sino fruto del nuevo rumbo de esta casa comprometida con la modernización y el acercamiento a la sociedad y a los profesionales de la medicina.

Como ustedes bien saben la Real Academia tiene entre uno de sus objetivos el desarrollo de publicaciones, tal y como se establece en el Capítulo único del Título V de los actuales estatutos, donde se dice en el artículo 51 que la Academia publicará, del modo que estime conveniente, las obras y trabajos de las Secciones y Comisiones, las Memorias leídas en las sesiones públicas inaugurales y las premiadas, y todo escrito que por su importancia merezca ser objeto de publicación, siempre teniendo en cuenta los fondos de que disponga la Corporación.

El artículo 52 añade que los trabajos cuya impresión se haga por cuenta de la Academia serán siempre de su propiedad. Más aún en los nuevos estatutos en el Título IX, artículo 61, se dice que la Real Academia de Medicina realizará cuantas publicaciones considere oportunas.

Hasta la fecha la RANM ha generado una importante labor editorial, como se puede ver en la página «web» de la corporación donde aparecen los Anales, El Boletín de Actualidad, la propia Monografía que estamos presentando hoy y una serie de publicaciones.

Anales, es una publicación trimestral que recoge la labor científica que se genera en la Corporación relacionada fundamentalmente con sus sesiones oficiales de los martes, y cuyo primer cuaderno fue generado en 1879.

Además desde Enero de 2009 se edita cada 4 meses el *Boletín de la Actualidad*, revista informativa elaborada por miembros de esta institución con el fin de dar a conocer las muchas actividades que realiza la Academia.

Es interesante resaltar la que se denominó *Serie Biblioteca Clásica de la Medicina Española* que comenzó a editarse en 1921 bajo la dirección de Don Nicasio Mariscal. Esta serie, que alcanzó un total de 17 números, se publicó hasta 1971. Se trataba de ediciones facsímiles de libros, todos escritos por españoles y conservados en nuestra Biblioteca, que fueron seleccionados rigurosamente por el que fue director de la serie. Estos libros se acompañaron de un estudio preliminar acerca del autor y sus obras, resultando de gran éxito como quedó demostrado por la gran demanda que tuvieron entre médicos y eruditos en general. Queda en el recuerdo marcando el comienzo de este proyecto, *El Libro de la Peste* de Luis Mercado, siendo el Académico Numerario encargado del estudio preliminar el propio director del proyecto el Dr. Nicasio Mariscal.

A este título le siguieron otros muchos, y entre ellos el *Libro del Régimen de la Salud* de Ávila de Lobera, el *Tratado de las enfermedades de los riñones y vejiga* de Francisco Díaz; *Método y cura de las enfermedades de los niños* de Jerónimo Soriano, y un largo etcétera lleno de nombres relumbrantes de la medicina española, en los que no faltaban textos de Gimbernat, Daza de Valdés, Servato, Vilanova o Luis del Toro entre otros muchos.

Por razones varias esta interesante y trascendente serie de libros dejó de editarse con hondo sentimiento de académicos, historiadores y estudiosos. Ahora más de 30 años después renace bajo el impulso del Académico Numerario y Bibliotecario de esta Corporación Don Luis Sánchez Granjel. Y lo hace con un libro singular titulado *La Polémica del Agua*, con dos obras de Vicente Pérez, *El promotor de la salud de los hombres sin dispensa al menor de sus caudales...*, editada en Madrid en 1769, y *el Secreto a voces...* editada en Madrid

en 1753, así como *la Verdad Desnuda. Arcánidades del médico de sí mismo, descubiertas a la luz del desengaño...*, editada en Madrid en 1757, obra de Joseph Ignacio Carvallo de Castro. Se inicia así la serie que denominamos por su iniciativa Biblioteca Histórica de la Real Academia Nacional de Medicina.

Otras monografías realizadas corresponden a las *Joyas de la Biblioteca*, que en realidad se trata de un catálogo de las obras de ciencias de la RANM producidas durante los siglos XVI y XVII, y que son verdaderamente una delicia. De ellas se han editado 7 volúmenes desde el año 2001 al año 2007, y como no dirigida por el Prof. Sanchez Granjel.

Además la Real Academia ha llevado a cabo publicaciones relacionadas con las *conferencias dictadas en su sede en forma de catálogo* desde el año 2001 hasta el año 2007.

Por otro lado también se han editado *los discursos de toma de posesión* de los señores académicos de número, en forma de catálogos de discursos inaugurales de curso académico desde 1853 hasta el año 2002, y el resumen de los últimos 25 discursos publicados desde 1979 hasta 2003.

Otras publicaciones corresponden a monografías aisladas como las realizadas por: Juan Jiménez Collado sobre la *Biotipología Laboral* en 2007; Manuel Escudero sobre *Cáncer de Mama* en 2005; Enrique Blázquez con dos monografías sobre *Fundamentos moleculares de la medicina* en 2004 y 2005 y la monografía sobre *Síndrome Agudo respiratorio severo y gripe aviar* en 2004.

Publicaciones interesantes han sido las realizadas por: Luis Sánchez Granjel sobre la *Historia de la RANM* en 2006; Hipólito Durán sobre *Aspectos comunes de las funciones nacionales de la medicina de la Unión Europea* en 2004; o las obras dedicadas al *III y IV Centenario del Quijote* en el año 2005 y otra sobre *Don Santiago Ramón y Cajal* en el 2003.

Por último otros libros de interés han sido: *la Historia de la RANM* en 1984; *202 biografías académicas* en 1987; *la Galería de Presidentes* de 1982; *el Catálogo de fondos manuscritos del siglo XVIII de la RANM* en 1996; *La Enseñanza en Ciencias de la Salud y organización sanitaria en Europa* en 1996 y *la Superpoblación realizada por las Academias Nacionales de Medicina Iberoamericanas, de Portugal y Academias de distrito* de 1997.

Todas estas últimas monografías publicadas suponen sin duda alguna una meritoria labor editorial, si bien no han sido estableci-

das como una serie programada con objetivos concretos, sino de manera oportunista en relación con la existencia en un momento determinado de un material concreto.

La Junta Directiva del día 21 de Julio de 2009 tomó la decisión de desarrollar la Serie Monografías de la RANM y me trasladó el encargo de coordinarla. Acepté con sumo agrado este reto, pero siendo consciente de la responsabilidad que ello conlleva y la necesidad de llevar a cabo un trabajo de envergadura.

El objetivo es desarrollar una labor editorial a través de la publicación de monografías médicas sobre temas de tipo científico o social, que puedan ser de interés tanto para los profesionales de la medicina o ciencias afines, como para las instituciones sanitarias o para la propia sociedad; y todo ello de una manera programada y ordenada a través de las distintas secciones de la RANM, actualmente en vigor: Fundamentales, Medicina, Cirugía, Medicina Preventiva y Salud Pública, Farmacología y Medicina Física y finalmente Medicina Legal, Psiquiatría e Historia de la Medicina. Lógicamente cuando los nuevos estatutos entren en vigor y el número y denominaciones de las secciones sea diferente, se producirá el ajuste pertinente.

Esta decisión de la Corporación se enmarca en el cambio y reforma que la propia Junta de Gobierno ha establecido, de modo que pueda salir a la sociedad y a los profesionales para ofrecer un marco de trabajo y de encuentro moderno y visible. Se pretende así conseguir que la Real Academia sea una referencia obligada de la medicina moderna y punta de lanza de nuevos objetivos más cercanos a los tiempos que vivimos.

Propuestas similares editoriales se han generado en otras instituciones españolas y extranjeras, incluidas las sociedades científicas, con resultados no solo alentadores sino claramente eficientes y ello debido a la necesidad de participar en la formación, información, e intercambio científico del mundo moderno.

Efectivamente la evolución que se ha producido en el campo de la medicina en los últimos años obliga de manera perentoria a que los médicos tengan una información y formación adecuada en aras de conseguir la mejor aproximación para los pacientes y para la sociedad. Se trata de una obligación ética ineludible tanto para los docentes como para los discentes.

Lo anterior subraya la importancia de que los médicos tengan foros formativos que les permita la actualización de sus conocimientos en tiempo y forma adecuados. En este campo educativo, la for-

mación continuada es una absoluta necesidad, ya sea mediante la organización de actividades presenciales o no presenciales.

En este punto los libros siguen teniendo toda su vigencia, por más que a través de otras formas educativas como los encuentros presenciales, los tratados, los manuales e incluso Internet tengamos una información exhaustiva. La razón radica en que es preciso adaptar esta información y conocimiento a las condiciones culturales del entorno en que nos movemos, lo que precisa necesariamente de aproximaciones filtradas por instituciones guiadas por líderes de opinión.

Como está claramente establecido, un axioma de la medicina moderna, es que la vigencia de los conocimientos tiene una duración de 2-3 años y que por ello se hace preciso revisarlos al objeto de que el médico esté preparado para llevar adelante una medicina clínica basada en la evidencia que debe ser eficaz y eficiente. Es evidente que el médico debe estar al día y para ello no tiene otro remedio que atender a esta formación.

Sin embargo en muchas ocasiones este precepto no encaja con la explosión de nuevos argumentos que son comunicados constantemente especialmente en el área clínica y terapéutica. La aparición de nuevos datos presentados en congresos, simposios y publicaciones tiene un ritmo que es inalcanzable y que desde luego precisa de un esfuerzo suplementario del médico para poder estar al día. Si pensamos en la cantidad de eventos que se desarrollan cada año simplemente en España, en cualquiera de los temas en los que estamos interesados, nos quedamos realmente abrumados y agobiados por no poder estar presente ni siquiera en un mínimo porcentaje de ellos. Si a lo anterior añadimos los que se llevan a cabo más allá de nuestras fronteras podemos comprender la imposibilidad de nuestra empresa.

Por otro lado el médico necesita sosegar y sedimentar lo que aprende de nuevo para poder desplazar los conocimientos obsoletos. Este trabajo supratentorial es uno de los más complicados que tiene, ya que los principios aprendidos están arraigados con la práctica del día a día.

Para cumplir esta misión de reemplazo del conocimiento y de actualización meditada, nada mejor que un libro actualizado. El libro está siempre donde uno lo necesita, puede ser utilizado en cualquier momento, releído, permite subrayar los párrafos más interesantes, hacer notas al margen y en suma ser la mejor ayuda para el profesional. El libro, en definitiva es una herramienta que es de

extraordinaria utilidad en un campo en desarrollo continuo.

Monografías de la RANM es una iniciativa que pretende acercar a todos los médicos una información básica que sea coherente y práctica, huyendo de lo accesorio y de lo barroco para que pueda tener utilidad en el día a día. Estos libros son por tanto una plataforma de ayuda para la toma de decisiones ágiles y rápidas y muy cercanas al paciente y a la sociedad; y es que en una época en la que las guías y protocolos cobran un gran protagonismo, es necesario a la par ofrecer estrategias sencillas de trabajo sosegado y de pensamiento del conocimiento que ayude a lo anterior.

La Real Academia tiene sin duda alguna un compromiso con la formación y con la información a través de canales de comunicación verbal como son las reuniones oficiales de los martes, ahora incluso más a la semana, la realización de cursos, jornadas y ciclos, y de comunicación escrita a través de sus publicaciones en formato libro y digitales. No es preciso establecer una supremacía de una sobre otra ya que tanto la comunicación verbal como la escrita son necesarias.

Lo que sí es evidente es que la RANM no ha sido bien comprendida por otros sectores sociales y profesionales probablemente por la escasa participación de los que podríamos denominar líderes nacionales y el resto de los profesionales médicos no pertenecientes al cuerpo académico y que por el contrario han encontrado otros lugares e instituciones que han satisfecho más sus necesidades y que han dado cabida a sus deseos de comunicación, formación y de visibilidad.

Monografías de la RANM ofrece una puerta abierta para que estos médicos puedan volcar sus conocimientos; ya como ponentes ya incluso como editores. Por otro lado esta obra puede y debe realizar una importante labor integradora docente que favorezca el acceso a una información de calidad para que el discente actualice o amplíe sus conocimientos.

En definitiva Monografías de la RANM ofrece una formación continuada tanto para el médico general como para los especialistas de las distintas materias.

Por el momento se ha considerado como más oportuno la edición de las Monografías en formato libro impreso, pero con la pretensión de convertirlo a la par en libro electrónico es decir en formato e-book. Más allá de ello cabe también la posibilidad de convertirlo en una aplicación informática a la que se tenga acceso vía los moder-

nos teléfonos 3G y 4G y ordenadores personales tipo I-Pad, de modo que se pueda acceder de manera instantánea en cualquier lugar.

La presente biblioteca es una colección de monografías orientadas a diferentes temas con un formato de fácil lectura y manejo. La selección de los temas se ha hecho de manera muy pensada teniendo en cuenta la importancia del punto a tocar, la aparición de nuevos conocimientos surgidos en el último año y los cambios generados. Además los autores son referentes de la medicina española, personas con una dilatada experiencia clínica, docente e investigadora.

Excmo Sr. Presidente, hoy acudimos al inicio de esta serie monográfica con la presentación de la primera monografía titulada 1. Utilidad de la PET-TAC en Oncología y cuyo autor y Editor es el *Dr. José Luis Carreras Delgado*. Quiero agradecerle al Dr. Carreras, su entusiasmo y compromiso, a la par que felicitarle por la magnífica labor realizada. El color de esta monografía es azul claro para identificar la sección a la que pertenece, ya que cada una de ellas lleva uno diferente. Esta corresponde a la sección de Farmacología y Medicina Física.

Por otro lado hay 3 *Monografías en preparación*:

1. Transplante de órganos abdominales, cuyo Editor es: *Dr. Enrique Moreno González*, de la sección de cirugía y de color verde.

2. La obesidad. Pandemia del siglo XXI, cuyos editores son: *Dr. Manuel Serrano Ríos* y *Dr. Luis Pablo Rodríguez Rodríguez*, corresponden a la sección de medicina y su color es el azul marino.

Y 3. Perspectivas del desarrollo de la Farmacología Clínica en España, editor: *Dr. Pedro Sánchez García*, de la sección de Farmacología y Física y de color azul claro.

Otras monografías están pendientes de adjudicación como la de las secciones de Medicina Preventiva y Salud Pública en verde, la de Fundamentales en sepia, y la de Medicina Legal, Psiquiatría e Historia de la Medicina en color marrón.

Se puede afirmar que esta serie «Monografías Médicas» pretende establecer una corriente informativa, formativa, de análisis y de reflexión, de los temas considerados como más candentes, al objeto de servir a los profesionales y a la sociedad. Sin duda la interacción y flujo que de lo anterior se deriva entre el mundo académico y los agentes externos redundará en un notable beneficio para todos.

Quisiera añadir, que detrás de estas monografías hay muchas horas de trabajo y mucho conocimiento. Los participantes son especialistas en la materia con muchos años de experiencia y que a través de un trabajo editorial selectivo, sintético y literario plasmarán su saber de manera magistral. A ellos debemos mostrar nuestro agradecimiento, ya que sin su participación y colaboración esta empresa no sería posible. A todos ellos les quiero expresar mi mayor y profundo agradecimiento por su colaboración.

También deseo agradecer al gerente de la RANM Francisco José Fernández toda la dedicación prestada así como su profesionalidad para hacer viable esta ingente obra, Igualmente gracias a Ignacio Díaz-Delgado (Nacho) el bibliotecario por su inestimable ayuda así como a Iván Campos de la Secretaría. Todos ellos han contribuido para que yo pudiera hacer esta presentación.

Por supuesto mi agradecimiento a ARAN Ediciones y especialmente a su responsable José Jiménez por su entrega y esmero en la edición de estas monografías, algo a lo que ya nos tiene acostumbrados.

En suma, Sr. Presidente, esta iniciativa intenta cumplir un deseo de la RANM, una ilusión, quizás un sueño. En la obra *Utopía* de Tomás Moro, y concretamente en la edición española de la editorial Austral del año 2009, decía en el prólogo Fernando Savater, Filósofo y por cierto compañero de mis años del Colegio de El Pilar en Madrid.

Que las «utopías suelen ser racionales, puesto que planifican adecuadamente la satisfacción de necesidades, pero nunca son del todo razonables, ya que tales necesidades las establece el utopista y nadie más».

Yo espero que esta vez no sea así, y que este proyecto de la RANM, no sólo se haga realidad, sino que se convierta en referencia obligada de la Medicina Española del siglo XXI.

Depende de nosotros los utopistas, Académicos de Número y Correspondientes, y de muchos profesionales que si son invitados a participar lo harán encantados y con la mayor entrega. Dejémosles pues entrar en este templo.

En definitiva tal y como decía al principio nace una nueva iniciativa de la RANM que entre todos debemos mimar, cuidar y apoyar como si fuera un niño para que de esa manera pueda convertirse con el paso del tiempo en una obra madura, prestigiada y referente de la medicina.

Muchas gracias.

UTILIDAD DE LA PET-TAC EN ONCOLOGÍA

Por el Excmo. Sr. D. JOSÉ LUIS CARRERAS DELGADO

Académico de Número

Excmo Sr. Presidente
Excmos e Ilmos Señores Académicos
Sras y Sres:

Es para mi un gran honor subir a esta tribuna con objeto de presentar una nueva Monografía titulada «Utilidad de la PET-TAC en oncología». Es la primera de una serie que va a editar la Real Academia Nacional de Medicina, serie que constituye un ambicioso proyecto dirigido a profesionales de la medicina o de ciencias afines, instituciones y a la sociedad en general.

Nuestra Monografía tiene una orientación totalmente práctica y está dedicada a plantear a profesionales, pacientes e instituciones, la utilidad clínica real de la técnica combinada PET-TAC, según la evidencia científica mas reciente, para conseguir un uso racional y adecuado de esta tecnología.

Consta de una introducción y ocho capítulos dedicados a diferentes tumores en los que nuestra técnica ha demostrado tener impacto. Para seleccionar los autores nos hemos basado en su experiencia en los temas de los diferentes capítulos y sobre todo en sus publicaciones de impacto relacionadas directamente con los respectivos tumores. Varios de ellos son pioneros en la implantación de la PET y de la PET-TAC en España.

La introducción ha sido escrita por el propio editor, J.L. Carreras Delgado y por la Dra. M.N. Cabrera Martín, ambos pertenecien-

tes al Servicio de Medicina Nuclear del Hospital Clínico San Carlos de Madrid. Se exponen los fundamentos de la PET-TAC y las ventajas de la aplicación combinada de PET y de TAC, especialmente cómo cada una de ellas reduce el número de resultados falsos positivos y falsos negativos de la otra. Se ilustran estas afirmaciones con ejemplos ilustrativos.

El capítulo 1 está dedicado a los tumores ginecológicos. Son sus autores la Profesora F. Pons Pons, catedrática de Radiología de la Universidad de Barcelona y Jefe de Servicio de Medicina Nuclear del Hospital Clinic, y los Dres de su equipo D. Fuster Pelfort y P. Paredes Barranco. Refieren en una tabla muy clara en qué situaciones clínicas se debe de realizar la técnica. Son el cáncer de mama y el de ovario los que son susceptibles de una mayor atención. La detección de recurrencia en ambos tumores y la valoración de la respuesta a la quimioterapia neoadyuvante en el cáncer de mama avanzado son los aspectos fundamentales.

El capítulo 2 trata del cáncer de pulmón. Escrito por el Dr. R. Vázquez Albertino, Jefe de Servicio de Medicina Nuclear del Hospital Virgen del Rocío de Sevilla y sus colaboradores los Dres I. Borrego Dorado y P. Gómez Camarero. Es un capítulo relevante en el que se plasma en algoritmos muy bien elaborados la posición de la PET-TAC en el arsenal diagnóstico del nódulo solitario pulmonar y en la estadificación del carcinoma pulmonar no microcítico.

En el capítulo 3 se expone la utilidad de nuestra técnica en los tumores digestivos. El primer autor es el Dr. J.M. Llamas Elvira, Jefe de Servicio de Medicina Nuclear del Hospital Virgen de las Nieves de Granada. Le acompañan los miembros de su Servicio Dres M.M. Gómez Río y A. Rodríguez Fernández. Se tratan con mayor profusión los cánceres de esófago, de páncreas y colorrectal. La estadificación inicial es indicación clara en el cáncer de esófago y de páncreas y la detección de recurrencia en el colorrectal. La valoración de la respuesta a la terapia neoadyuvante se va imponiendo en los cánceres de esófago y colorrectal.

El capítulo 4 se ocupa de los linfomas que es uno los tumores donde la técnica PET-TAC tiene más utilidad. Sus autores son los Dres M.R. Quirce Pisano, J.F. Jiménez Bonilla y J.M. Carril Carril. Todos ellos pertenecen al equipo del Servicio de Medicina Nuclear del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla de Santander, que dirige el propio Dr. Carril y que además es Catedrático de Radiología de la Universidad de Cantabria. En este capítulo describen magistralmen-

te y con amplia iconografía los patrones de captación de FDG en los distintos tipos de linfoma. Aparte de la estadificación inicial, el aspecto más importante y controvertido es la aplicación del PET-TAC intermedio, tras 2-3 ciclos de quimioterapia, para valorar la respuesta y decidir si se sigue o no con la línea primera de tratamiento.

Los melanomas malignos son el objeto del capítulo 5 que corre a cargo de los Dres. L. Lapeña Gutiérrez, A. Ortega Candil y M. García García-Esquinas. Todos ellos pertenecen al equipo del editor y trabajan en el Servicio de Medicina Nuclear del Hospital Clínico de Madrid. El Dr. Lapeña es además Profesor Titular de Radiología de la Universidad Complutense. Determinan en qué casos debe solicitarse una PET-TAC en la estadificación inicial del melanoma maligno, que no son otros que aquellos en los que el índice de Breslow es alto. También analizan en esta misma situación la correlación con la biopsia radioguiada del ganglio centinela. La sospecha de recurrencia es otro de los aspectos tratados.

El capítulo 6 se refiere a los tumores de cabeza y cuello. Lo desarrollan los Dres. A.M. Soriano Castrejón, A.M. García Vicente y M.E. Bellón Guardia, todos ellos del Servicio de Medicina Nuclear del Hospital Virgen de Alarcos de Ciudad Real. El Dr. Soriano es el Jefe de dicho Servicio. Destacan en este capítulo los apartados dedicados a la estadificación inicial, a la detección de recurrencia, difícil para otros métodos de imagen en esta área del cuerpo y especialmente el dedicado al uso de las imágenes de PET-TAC para la planificación de la Radioterapia.

El capítulo 7 es responsabilidad de los Dres. J.A. Richter Echevarría y J. Arbizu Lostao del Servicio de Medicina Nuclear de la Clínica Universitaria de Navarra que dirige el primero de ellos. El Dr. Richter es además Profesor de la Universidad de Navarra. El disponer de ciclotrón en la propia Clínica le permite a este grupo el trabajar con radiotrazadores de PET marcados con isótopos de vida media más corta que la del ^{18}F , como el ^{11}C . El segundo es el marcador habitual de los radiotrazadores utilizados en cáncer de próstata y tumores cerebrales, que son respectivamente la colina y la metionina. En ambos procesos oncológicos la situación en la que más se emplea la PET-TAC es en la detección de recurrencia.

El capítulo 8 y último ha sido desarrollado por los Dres. R.C. Delgado Bolton y J.L. Carreras Delgado, este último editor de la obra y ambos pertenecientes al equipo del Servicio de Medicina Nuclear del Hospital Clínico San Carlos de Madrid. Versa sobre los tumores

de origen desconocido que es una situación frecuente en la clínica oncológica. Esta situación consiste en la aparición de metástasis en ganglios linfáticos, hígado, cerebro, etc, procedentes de tumores pertenecientes a otros tejidos. Lo habitual es estos casos es iniciar una estrategia de búsqueda del tumor primario mediante diversos métodos de exploración clínica y mediante imagen. Cuando estos métodos no han dado resultado se suele recurrir a la PET-TAC, que todavía es capaz de descubrir el tumor primario en un 40-50 % de los casos. La revisión sistemática de la bibliografía en este capítulo es exhaustiva.

Termino la presentación de esta Monografía agradeciendo la aportación de personas, empresas e instituciones que de una u otra forma han participado en la consecución del objetivo de finalizarla. Destacamos en primer lugar a la Real Academia Nacional de Medicina en general y en particular a su Junta Directiva presidida por el Excmo. Sr. D. Manuel Díaz Rubio, que han aprobado nuestro Proyecto y lo han impulsado en todo momento. También al Académico Excmo. Sr. D. Eduardo Díaz Rubio, coordinador de toda la serie de monografías, que no ha cesado animarnos y ayudarnos, tanto en su condición de coordinador, como en su papel de relevante oncólogo y por tanto conocedor del tema e interesado por el mismo. Sin la participación de los autores no hubiera sido posible terminar esta obra en un tiempo record. Todos ellos, especialistas de reconocido prestigio, han respetado escrupulosamente las normas y los plazos fijados aportando lo mejor de sí mismos a esta tarea común. La Editorial Arán ha realizado un magnífico trabajo, también en un tiempo muy breve, consiguiendo una presentación agradable, fácil de leer y equilibrada, que sin duda contribuirá al éxito de la obra. Finalmente vaya nuestro sincero agradecimiento a nuestros pacientes, a quienes va dedicada fundamentalmente la obra ya que ellos son el objetivo principal de todos nuestros mejores afanes y esfuerzos y con quienes aprendemos y nos desarrollamos continuamente en nuestro trabajo diario.

PALABRAS FINALES DEL SR. PRESIDENTE

Como han visto ustedes visto hoy inicia esta Real Academia uno de los proyectos a los que nos habíamos comprometido hace aproximadamente escasamente dos años. Se trata de un proyecto muy

ambicioso que rompe quizá un poco la dinámica que esta Real Academia después de 276 años de historia.

La Academia con esta presentación tiene dos series muy bien diferenciadas. Una la que dirige actualmente el Prof. Sánchez Granjel dirigida a la recuperación de todas aquellas obras históricas de la Academia. La serie que hoy se presenta esta dirigida por el Prof. Eduardo Díaz-Rubio demostrando con ello que es una institución viva que no se para spolo en la historia y el la recuperación de ellas, sino que hace convivir ello con la dinámica de la nueva medicina y los cambios profundo que en ella se vienen realizando.

La Academia, como Institución viva, que mira hacia el presente y que mira hacia el futuro, debe saber que tiene un sello de calidad que debemos de prestigiar ofreciendo a la sociedad científica toda la producción que seamos capaces de generar dentro del área de nuestras competencias.

Esta serie de monografías es la primera de una serie de monografías que no van a ser para consumo interno de la Academia, sino monografías que van a ser distribuidas en librerías especializadas tanto de España como de Iberoamerica. Por lo tanto serán obras que podrán ser adquiridas libremente con independencia que también se puedan distribuir por los patrocinadores, como es el caso como de esta primera monografía dirigida por el Prof. José Luis Carreras.

Este proyecto es posible, en primer lugar, por la aceptación en su momento del Prof. Eduardo Díaz-Rubio de coordinar esta serie. Me consta que el Prof. Eduardo Díaz-Rubio tuvo inicialmente sus dudas puesto que cuando está uno trabajando con la actividad que que somos capacesan experiencia.arreras.nografia ella se vienen realizando. son magistrales y llenas de una gran experiencia.

él lo hace, embarcarse en un nuevo proyecto siempre requiere un trabajo sobre añadido, un esfuerzo que valoramos. Por otra parte también le agradecemos los animos que trasmite a todos, así como tratar de hacer ver a cuantos nos rodea que somos capaces de producir todo esto. Por ello le agradezco en nombre de la Junta Directiva y de toda la Academia su dedicación y trabajo a este proyecto.

También quiero agradecer a la Fundación de la Real Academia Nacional de Medicina, que tiene escasamente unos meses de vida, su decidido apoyo a este proyecto. La Fundación de la Real Academia Nacional de Medicina, a pesar de su corta vida, tiene su vida propia, su producción propia y además capacidad propia para generar actividades científicas. En este trimestre como saben los Seño-

res Académicos vamos a tener un total de 32 Sesiones, de las cuales 17 son de la Real Academia Nacional de Medicina y el resto de la Fundación. La Fundación, y la propia Adecademia, además ha organizado importantes exposiciones en el Patio de Honor y salas anexas, como la de la Esqueletomaquia y la próxima que tratará sobre los dibujos del profesor Fernando de Castro.

A la Serie Monográfica, que hoy hemos presentado, le deseamos, como ha dicho el Prof. Ediaro Díaz-Rubio, una larga vida. El Prof. Eduardo Díaz-Rubio decía «esto puede ser utópico, puede ser real». Sin duda tiene razón y dársela o nó va a depender solo de nosotros. Yo repito con frecuencia, porque me gusta y además me siento profundamente andaluz, siempre que viene al caso unos pequeños versos de una copla de Carlos Cano cuando dice aquello de «yo he visto crecer las flores en la crin de los caballos y nidos de gorriones en los ojos de los gatos, todo está en los corazones, simplemente hay que buscarlo». Nuestro objetivo es que nadie tenga que buscar solamente en la Academia sino además también que la Academia salga a la calle y ofrezca cuanto tiene de bueno para que nadie pueda decir que somos desconocidos porque vivimos encerrados en nosotros mismos.

Lo que está aconteciendo en el mundo de las Academias o lo que va a acontecer en el mundo de las Academias en los próximos tiempos, yo creo que va a ser también sustantivo. Muchos Académicos saben ya que el pasado viernes fue aprobado el nuevo Decreto sobre la constitución del Instituto de España y ha sido ya publicado en el Boletín Oficial del Estado. Por lo tanto eso significa también un cambio importante en el valor que los Gobiernos y el Parlamento y también la Casa Real da a las Academias con el cambio de sus Estatutos y sobre todo con una visión nueva, aunque no siempre del agrado de todos. La Real Academia Nacional de Medicina obviamente tenemos que dar la talla en ese sentido y estoy seguro que lo haremos. Tenemos una enorme cantidad de proyectos y por lo tanto yo creo que el mundo de la Academia está muy vivo y además también el mundo de los Académicos está muy vivo porque la verdad es que los Académicos están colaborando de una forma verdaderamente sobresaliente.

El libro que nos ha presentado nuestro compañero académico el Prof. José Luis Carreras, es como todo lo que hace él y todo lo que nos viene explicando en los últimos años, verdaderamente impresionante. Creemos que esta nueva técnica que nos viene nos está ense-

ñando desde hace años, es de un valor tremendamente alto. Sus aportaciones nos demuestran como ella puede darnos unos resultados espectaculares no solamente desde el punto de vista diagnóstico sino de seguimiento y valor pronóstico en todos nuestros pacientes oncológicos, y seguramente en un futuro vamos a asistir a una nueva revolución dentro de la oncología y la medicina en general.

Dar las gracias de nuevo al Prof. Eduardo Díaz-Rubio, al Prof. José Luis Carreras, a todos los que han colaborado, a la Fundación, a Arán Ediciones también por el cariño que han puesto en la edición, a los patrocinadores y a todos aquellos que de alguna forma también como el Sr. Gerente, don Francisco José Fernández, a quien ha referido el Prof. Díaz-Rubio, han hecho un gran esfuerzo para que esto se lleve a cabo y además en muy poco tiempo.

Se levanta la Sesión

XXI SESIÓN CIENTÍFICA

DÍA 19 DE OCTUBRE DE 2010

PRESIDIDA POR EL EXCMO. SR.
D. MANUEL DÍAZ-RUBIO GARCÍA

**ALEXITIMIA, UN TRASTORNO MASCULINO Y UN
SUFRIMIENTO FEMENINO**

***ALEXITHYMIA, A MALE DISORDER AND
A FEMALE SUFFERING***

Por el Excmo. Sr. D. FRANCISCO ALONSO FERNÁNDEZ

Académico de Número

**PRESENTACIÓN DEL LIBRO:
«FISIOLOGÍA HUMANA» (4.ª EDICIÓN)**

***HUMAN PHYSIOLOGY*
(BOOK'S PRESENTATION)**

Por el Excmo. Sr. D. JESÚS A. FERNÁNDEZ-TRESGUERRES HERNÁNDEZ

Académico de Número

ALEXITIMIA, UN TRASTORNO MASCULINO Y UN SUFRIMIENTO FEMENINO

ALEXITHYMIA, A MALE DISORDER AND A FEMALE SUFFERING

Por el Excmo. Sr. D. FRANCISCO ALONSO FERNÁNDEZ

Académico de Número

Resumen

La alexitimia (AL) se define como un déficit comunicativo emocional, asociado con el pensamiento operacional, alta impulsividad y copiosas sensaciones corporales. AL es un frecuente perfil masculino (prevalencia del 10 %). En su etiología participan factores cerebroorgánicos, psíquicos o sociales.

Se plantea su diagnóstico diferencial con el bloqueo emocional y la depresión atípica. Se propone aquí el nuevo concepto de pseudoalexitimia.

AL impide gravemente el ajuste diádico de la pareja e incrementa la susceptibilidad para la patología somática o mental. Se aportan orientaciones para su diagnóstico y tratamiento.

En conclusión, este estudio apoya la gran importancia de la AL en la sociedad, la familia y la clínica.

Abstract

Alexithymia (AL) is characterized as an emotional communicative deficit, associated with operational thinking, impulsivity and heavy bodily sensations. AL is a frequent male profile (prevalence of 10 %). Cerebroorganic, psychic or social factors take part in its etiology.

A differential diagnosis is essential with blocking of affect and atypical depression. The new concept of pseudoalexithymia is introduced here.

AL disturbs seriously the dyadic adjustment in couple and increases the susceptibility to somatic or mental diseases. Some orientations for diagnosis and treatment are given.

In conclusion, this study supports the great importance of AL in society, family and clinic.

I. PERFIL DE LA PERSONALIDAD ALEXÍTIMICA Y SU TRASCENDENCIA CLÍNICA Y SOCIAL

El neologismo «alexitimia» es un vocablo de origen griego que significa etimológicamente «ausencia de palabras para expresar las emociones o los sentimientos» (a- la partícula no, lexis- palabra o acción de hablar, thymos-¹ emoción). Este término fue introducido en la bibliografía médica en 1972 por Sifneos, un psiquiatra de Chicago de raigambre griega, a menudo citado como médico grecoamericano, para designar la dificultad que tenían muchos enfermos psicósomáticos para expresar verbalmente sus emociones o sus sentimientos. La primera vez que se cita la palabra «alexitimia» fue en un manual editado por la Universidad de Harvard titulado *Short-term psychotherapy and emotional crisis*².

Casi desde el principio se observó que la presencia de la alexitimia (AL) en los enfermos psicósomáticos no era constante y que tampoco era un dato específico, puesto que además de alcanzar en la población general una tasa de cierto relieve, su prevalencia era aún más alta en diversos tipos de enfermos físicos o psiquiátricos no encuadrados en la esfera de los enfermos psicósomáticos clásicos.

El descubrimiento de Sifneos fue obtenido mediante el estudio de los enfermos psicósomáticos con el método fenomenológico. Este ha sido su gran mérito. El antecedente histórico de este descubrimiento se encuentra en los trabajos de Deustsch, Alexander y Dumbbar, los padres de la patología psicósomática americana, cuando atribuyeron la determinación del trastorno psicósomático a los conflictos psíquicos no expresados verbalmente y por ello descargados a través de los canales somáticos. Sobre esta observación se montó la indicación de tratar a los enfermos psicósomáticos con psicoterapia. La experiencia cobrada con el tratamiento psicoterapéutico profundo de enfermos con colitis ulcerosa, úlcus péptico, asma bronquial y otros procesos psicósomáticos clásicos fue rotundamente negativa, mientras que las técnicas más elementales, a base de sugestión, catarsis o soporte emocional, se mostraron más útiles.

El fracaso de la psicoterapia verbal en los enfermos psicósomáticos fue atribuido por Rüsich, en un trabajo publicado en 1948 en la revista americana de medicina psicósomática, a que estos enfer-

¹ En las obras de Homero, «timos» era el órgano del movimiento y «psique» el órgano vital.

² *Psicoterapia breve y crisis emocional*.

mos tenían una especial falta de habilidad para descargar sus tensiones afectivas por medio de la palabra, el símbolo o el gesto, porque eran especialmente propensos a utilizar los canales somáticos como única vía disponible para la descarga de sus emociones. Atribuyó esta falta de habilidad a una inmadurez emocional enmarcada en una personalidad infantil. Otros antecedentes importantes del concepto de AL se encuentran en la exposición del cerebro emocional por MacLean y en la descripción del pensamiento operativo por Marty y Uzan.

El concepto AL fue tomando gradualmente, a partir del radical etimológico señalado, un sentido más global, en forma de un *perfil de personalidad*.

El núcleo semiológico del perfil de la personalidad alexitímica reside en la afectividad, en forma de una incapacidad para identificar, reconocer, describir o nombrar los sentimientos o las emociones propias y de una dificultad para captar los estados afectivos ajenos, o sea, en conjunto una *conciencia emocional precaria*. Por ello, los alexitímicos han sido también denominados «afásicos de sentimientos», «afásicos afectivos» o «analfabetos emocionales». Al tiempo, tienen un pensamiento concreto, detallista, apegado a lo inmediato, desprovisto de fantasías, de abstracciones y de dudas, y conducente con rapidez a la acción, por lo que se le define como un pensamiento operativo o instrumental, enmarcado en un *estilo cognitivo pragmático y directo*. En su expresividad sobresale la penuria en la mímica, la gesticulación y la palabra, y la utilización de un lenguaje lento, aprosódico (sin cambios en el tono de la voz), detallista y reiterativo, todo lo cual se traduce en una *pobreza comunicacional*. Su corporalidad es el escenario que acoge una amplia repercusión de las emociones en forma de somatizaciones, de suerte que el lenguaje vegetativo sustituye al lenguaje verbal y gestual, y amenaza a los órganos más vulnerables con la producción de una disfunción o una lesión, como consecuencia de una *corporalidad somatizada*.

Hoy, el concepto global de AL posee una especial trascendencia social y clínica. Precisamente en atención a esta doble trascendencia me ha parecido interesante traer este tema a la Real Academia.

La *trascendencia social* de la AL consiste en actuar como fuente de problemas en las relaciones interpersonales por razón del trastorno comunicativo y la penuria emocional. Dado que la prevalencia de la AL en la población masculina es del 8 al 10 % y se asocia con su parvedad en el género femenino, queda justificado el título de esta

disertación como un trastorno propiamente masculino que, al incapacitar para la comunicación afectiva con los demás, comporta rasgos perturbadores para la convivencia y se traduce en un sufrimiento tremendo para las mujeres que comparten su vida con un compañero alexitímico.

La relativa preservación de la población femenina ante la AL se debe a la concurrencia de estos tres factores: un cerebro con la integración interhemisférica más completa o unitaria que la del cerebro masculino, por disponer de un cuerpo calloso (la comisura de unión entre ambos hemisferios) de mayor volumen; una personalidad de mayor riqueza afectivoemocional, con una disponibilidad comunicativa para sus emociones sumamente elevada, a veces tan elevada que la mujer maneja la comunicación como un instrumento engañoso y manipulador, como si fuera un resorte de chantaje al servicio del alma femenina; y finalmente, una instalación social más cimentada en el apoyo de otras personas y en las referencias externas, con un estereotipo sociolaboral basado en la expresividad, desempeñada mediante una puesta en relación con los demás, mientras que el correspondiente estereotipo masculino se define por la instrumentalidad, un ejercicio de vida dominado por la acción, la autoafirmación o la búsqueda de poder.

El desequilibrio genérico de la incidencia de la AL, castigando casi exclusivamente a la población masculina, está en pugna con lo que sucede en muchas especies animales, en las que el macho ofrece el comportamiento más juguetón o sociable o es el sexo del ave dotada del circuito neuronal del canto.

La abrumadora desproporción de la tasa de prevalencia de AL registrada en ambos géneros justifica que revise a continuación con una referencia masculina exclusiva las figuras sociales de AL encarnadas en la pareja, el trabajador, el jefe y el médico.

En la relación de pareja el hombre alexitímico, con un comportamiento habitual serio, reservado e independiente, se convierte en un agente frustrante para su compañera. Aunque su pareja en principio le alaba como un santo en casa, a poco que se profundice pasa a calificarlo como un «santo endiablado» que no ofrece comunicación afectiva ni la más ligera muestra de cariño y apoyo, ni es capaz de abandonar la actitud autoritaria, elementos a los que se agrega, como señala Moral (2005) desde México, la expresión habitual de mal humor o de un estado emocional negativo. En estas condiciones, un ajuste diádico amoroso ni siquiera satisfactorio con el varón

alexitímico se vuelve imposible. A todo lo más que llega la mujer en este trance, embargada por la soledad emocional, es a un ajuste convencional o aparente, desprovisto de cohesión afectiva, mantenido con el propósito implícito de evitar la ruptura de la familia, hasta que a una edad por lo general entre los 40 y los 50 años, cada vez más baja, cuando los hijos han crecido y comienzan a abandonar el hogar, sorprende con una solicitud de separación o de divorcio.

Ella misma puede sentirse sorprendida por el coraje que supone adoptar la desesperada actitud de la separación, al ser incapaz de quedarse a solas en el hogar con un hombre huraño, silencioso y despótico y explica la tolerancia hacia la pareja mantenida hasta ese momento en función del alimento emocional aportado por los hijos. Sólo excepcionalmente el varón alexitímico es protagonista de un enlace amoroso definido en la línea de la satisfacción recíproca.

El trabajador alexitímico inspira recelo a sus compañeros como el más antipático y distante del grupo y el más amenazado, por razones obvias, por la pérdida del empleo. La elevada prevalencia de AL en el estrato socioeconómico medio-bajo o bajo de la población se entiende por la existencia de un vínculo causal de doble sentido: la insuficiencia financiera impone una limitación instructiva o cultural, lo que implica una especial vulnerabilidad para la AL y, a su vez, la AL es origen muchas veces de fracaso laboral con el consiguiente descenso económico.

El jefe alexitímico es una figura laboral poco estimada por lo general por sus subordinados, al ejercer su función con despotismo y desafecto y al tiempo mostrarse poco competente al ser incapaz de asumir y desarrollar proyectos de largo alcance.

El médico alexitímico, distante del enfermo, gruñón y parco en palabras que no sean tecnicismos, es incapaz de mantenerse fiel al espíritu esencial de la medicina clínica, condensado en la actitud altruista. Al tiempo, conducido por el mecanismo de la reduplicación proyectiva, tiende a ver a los pacientes como individuos secos, reservados o aburridos. En estas condiciones la relación médico-enfermo se tiñe de hostilidad recíproca. En aras de la exigencia de un distrés crónico de responsabilidad, el ejercicio de la Medicina encierra el riesgo de generar en cierta medida la alexitimización del médico. En la novela de la picaresca española «La Pícaro Justina», de autor desconocido, probablemente un médico o un fraile, se critica con mucho humor al médico que no habla, que no dice gracias, que no se burla, porque no sabe hacerlo, y se le tiene, sin embargo, por dis-

creto y sabio, cuando, según la pícara asturiana, no hay ninguna universidad que dispense el título de «doctor en callar». Concluye este largo pasaje irónico con un interrogante: «¿Qué tiene que ver hablar poco con ser buen médico?».

En un libro sobre la relación humana en medicina que acaba de aparecer en Francia se mantiene que la mayoría de los médicos clínicos europeos modernos no sólo no son alexitímicos, sino que, a despecho de la avalancha de la biotecnología y de la proliferación de burocracia, «poseen, al decir de Hoermi y Bénézech (2010), casi de una manera innata empatía y simpatía, generosidad y disponibilidad, inteligencia y gusto por los otros».

¿Y qué decir de la presencia de la AL en los enfermos?

Innúmeros trabajos científicos vienen poniendo en evidencia una tasa de prevalencia puntual masculina de AL particularmente elevada en ciertas patologías. Al tratarse de patologías físicas y mentales diversas, se ha venido confiriendo a la AL el carácter de un dato patogénico transnosográfico. Desde un principio debo reconocer que en la mayor parte de estos trabajos sobre la correlación estadística positiva de la AL y la enfermedad, se ha prescindido de discriminar si la supuesta AL era una concausa de la enfermedad o una consecuencia suscitada como respuesta protectora contra el sufrimiento en forma de un bloqueo afectivo o un descenso depresivo de la conciencia emocional. Es preciso estar muy advertido para no confundir la causa con la consecuencia en toda clase de patología asociada a la AL. La confusión es un deslizamiento fácil puesto que la AL, y en general toda clase de alteración deficitaria de la conciencia emocional, ofrece especiales dificultades a la recolección de la anamnesis y a la exploración de la personalidad, lo que implica una seria dificultad incluso para el diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento del proceso mórbido fundamental.

La AL interviene como una *variable de riesgo* predisponente, determinante o precipitante, para el enfermar psíquico o físico, utilizando una de estas cuatro vías: la somatización o expresión de las emociones o los sentimientos en forma de signos somáticos; el predominio de la experiencia emocional elemental negativa, tipo hostilidad; la mala calidad de vida, y la degradación de las experiencias interaccionadas con los otros.

El alexitímico es el sujeto somatizador por excelencia. No sólo vierte con preferencia o de modo exclusivo sus emociones y sentimientos por un canal somático, sin ser capaz de diferenciar la emo-

ción en sí de sus signos somatizados, ni de discriminar el sufrimiento emocional del dolor físico, dado que por su condición hiperestésica, experimenta todos los fenómenos corporales de un modo especialmente mortificante.

Se acumula en la bibliografía internacional la densa serie de trabajos publicados coincidentes en señalar la prevalencia de la AL en el 20 al 40 % en un amplio sector de *patología física*, especialmente representado por los enfermos digestivos inflamatorios o con la enfermedad de Crohn, los enfermos bronquiales inflamatorios o con insuficiencia respiratoria y los aquejados por dolor crónico, además de una dilatada representación de los enfermos psicósomáticos clásicos (asma bronquial, colitis ulcerosa, migraña y otros). La presencia de la AL se acredita la más de las veces por la precariedad de la comunicación afectiva y la dificultad para reconocer las emociones propias, o sea una conciencia emocional inhibida o anulada, rasgo asimismo presente en el bloqueo emocional y en un amplio grupo de cuadros depresivos.

El bloqueo emocional es la respuesta dada por muchos enfermos a un padecimiento vivido como amenazador o grave, con objeto de autoprotegerse contra el sufrimiento. Su principal diferencia con la AL consiste en que la pobreza emocional es universal, extendida incluso a los sentimientos negativos y además no se acompaña de otros elementos propios de la AL como el discurso verbal monótono y la impulsividad.

En los procesos físicos crónicos de extensa gravedad, como la insuficiencia renal, la reacción de bloqueo emocional se impone con asiduidad a otros comportamientos reactivos frecuentes en trances patológicos más ligeros, como la impulsividad agresiva o la regresión infantil.

Por su parte, el enfermo depresivo muestra una profunda afinidad sintomatológica con la AL, tanta que muchas veces podría considerársele como el alexitímico espurio arquetípico. La abundancia de síntomas somáticos primarios —que aunque no son somatizaciones pueden confundirse con ellas—, el predominio de las emociones negativas y la pérdida de la sintonización con los demás o con el espacio exterior son un trío sintomatológico que convierte a muchos enfermos depresivos en supuestos alexitímicos transitorios. A su vez, el alexitímico es especialmente propenso a padecer la forma de depresión conocida como la depresión larvada somatomorfa.

El alto porcentaje de AL en la población femenina registrado en

algunos estudios epidemiológicos pudiera deberse a haber descuidado establecer las diferencias entre la mujer alexitímica y la mujer depresiva.

La presentación de sintomatología depresiva en pacientes con una patología somática crónica, según la reciente experiencia obtenida en la psiquiatría de enlace por el psiquiatra francés Consoli (2010), oscila entre el 20 y el 50 %. La morbilidad depresiva todavía es más alta cuando se trata de procesos orgánicos que cursan con dolor crónico.

En más del 60 % de los enfermos somáticos crónicos existe una sobrecarga psicopatológica distribuida especialmente entre estas tres rúbricas:

- El síndrome de posesivo que puede intervenir en la causalidad del proceso orgánico, ser una consecuencia suya o constituir a una dolencia asociada.
- El bloqueo emocional, un modo de reaccionar ante un proceso somático, que proporciona cierta protección contra el sufrimiento implicado en la enfermedad orgánica.
- El perfil de personalidad alexitímica —u otro trastorno de personalidad—, que asume un papel concausal en más del 25 % de ciertos enfermos somáticos crónicos.

La alta tasa epidemiológica de comorbidad entre la patología orgánica y el trastorno psíquico, exige la prestación de una revisión psiquiátrica sistemática a todo enfermo somático encronizado sospechoso de tener una alteración psíquica, con objeto de comprenderlo y asistirlo, después de haber resuelto el problema diagnóstico diferencial entre la AL, el bloqueo emocional y el síndrome depresivo, tres cuadros copiosamente dolapados entre sí.

Dejando aparte la depresión, sobresalen las enfermedades adictivas a un objeto social o a una sustancia psicoactiva como el sector de la patología psiquiátrica vinculado a la AL con la correlación positiva más elevada. Según Jouanne, Edel y Corton (2005), la AL está presente en el 30 al 60 % de los enfermos adictivos químicos o sociales.

La acumulación de AL entre los enfermos adictivos pudiera atribuirse, según estos autores, a que «la dependencia por un objeto humano se sustituye por la dependencia por un objeto exterior, gracias a la disponibilidad inmediata de este objeto como fuente de placer autárquico». También podría especularse con la idea de que

el sujeto alexitímico recurre al objeto adictivo, lanzado por la búsqueda de sensaciones para compensar su falta de capacidad para experimentar emociones.

La afirmación de Corcos, Girardon, Nezelof et al (2000), de que «la alexitimia parece ser una dimensión común a todas las conductas adictivas», hay que computarla a través del análisis de la matriz adictiva.

La matriz adictiva se representa en mi libro *Las nuevas adicciones* (2003) como una ligazón de subordinación anaclítica (del griego, *anaclisis*, apoyarse en) del enfermo adictivo al objeto. Tal ligazón implica el sometimiento absoluto del sujeto al producto adictivo, una subordinación análoga a la mantenida por el niño preescolar con relación a la madre, que sólo puede establecerse en una persona un tanto infantil: «Resulta difícilmente concebible que una persona joven o adulta haya sido absorbida en tal grado por el objeto adictivo, sin el concurso de la debilitación personal suscitada por la intervención de un elemento infantil regresivo».

Esta debilitación regresiva de la conciencia emocional resulta extraordinariamente facilitada por el concurso de la AL, la depresión o un trastorno de la personalidad.

En cuanto a la posible intervención de la AL como un factor adictógeno en las adicciones psicosociales patológicas, se concentra, según los conocimientos actuales, en los tipos adictivos siguientes: el obeso asociado con hiperfagia adictiva, el subtipo de adicto al sexo promiscuo o anónimo, el adicto al cibersexo, el ludópata adictivo y el adicto al trabajo.

En el campo del alcoholismo, Loas et al (1997) encuentran más alcohólicos con AL que sin AL, llegando la prevalencia de la AL al 67 %. Aunque no se puede discutir la intervención concausal de la AL sobre un cierto porcentaje de enfermos adictivos químicos, en cuya órbita se inscriben los alcohólicos, sí es de apuntar la acumulación progresiva de la sintomatología pseudoalexitímica entre ellos como consecuencia de la desorganización cerebral inducida por la intoxicación química. El cuadro psíquico del alcoholismo crónico, el mejor estudiado en este aspecto, se compone de dos alteraciones degradantes básicas: el deterioro intelectual y el descenso del nivel de personalidad en un sentido de primitivización, alteraciones que se configuran al modo de una réplica de la AL. Los datos de personalidad manejados en estos estudios coinciden en líneas generales con mi descripción de la personalidad prealcohólica, cuyo primer trabajo lo publiqué en la añorada Revista Clínica Española.

Le asiste toda la razón a Corcos et al (2007) para considerar a la AL como la imagen negativa del cuadro neurótico. La AL y la neurosis no sólo tienen una naturaleza independiente, sino que están sujetas a una cierta incompatibilidad clínica. De modo que resulta muy raro ver a un sujeto alexitímico afectado por los fenómenos psiconeuróticos básicos, como las fobias, las representaciones obsesivas o los síntomas histéricos de conversión. En el otro costado, no puede haber persona más distante del perfil alexitímico que la personalidad neurótica, definida por la inseguridad de sí mismo, la sobrecarga de ansiedad o la hipersensibilidad emocional. En la moderna transformación, acaecida en el siglo pasado, de la gran histeria clásica en neurosis visceral, la AL debió de haber desempeñado un importante papel propulsor, porque hay indicios suficientes para mantener que la incidencia de la AL se ha incrementado en los últimos tiempos.

II. LA ETIOLOGÍA DE LA ALEXITIMIA Y SUS MODALIDADES

Sobre la base de que hay sujetos con AL ya en el curso del desarrollo infantojuvenil y otros que adquieren la AL en la edad adulta o involutiva, Freyberger (1977) distinguió dos modalidades esenciales de AL: la *AL primaria* y la *AL secundaria*. Se les ha adjudicado después las designaciones respectivas de AL estructural y AL funcional, pero sin un fundamento fáctico, al basarse erróneamente en que la primaria era biológica y la secundaria psicológica, cuando en ambas hay cuadros de las dos estirpes y además toda verdadera AL constituye un perfil personal específico asentado sobre un sustrato neurofisiológico, que reúne ciertas características.

La clave neurobiológica de la AL reside en una conexión funcional insuficiente entre ambos hemisferios cerebrales. El funcionamiento coordinado interhemisférico se desarrolla habitualmente a través del cuerpo caloso. Por eso se ha llamado a los alexitímicos «comisurectomizados funcionales u orgánicos», o «individuos de dos cerebros». Una quiebra funcional u orgánica de esta comisura medial cerebral origina AL, al imposibilitar que las emociones registradas en el hemisferio derecho en las personas diestras puedan tomar una expresión verbal, función localizada en el hemisferio izquierdo. Al menos esto es lo que se pensaba hasta no hace mucho tiempo y que aquí vamos a rebatir.

Las causas infantojuveniles de la alteración funcional u orgánica del cuerpo calloso se distribuyen entre la herencia, el proceso cerebral orgánico y la carencia afectiva.

La lesión cerebral determinante de AL primaria puede acontecer durante el desarrollo intrauterino en la figura de una displasia cerebral genética o adquirida, o en la primera edad infantil, en forma de un traumatismo craneoencefálico, una encefalitis, un tumor cerebral o un proceso neurodegenerativo.

La carencia afectiva o la falta de cuidado maternal durante los dos o tres primeros años de vida es un factor que puede inhibir o perturbar el desarrollo cerebral perpetuando la escisión parcial o total entre ambos hemisferios. Debemos tener presente para no dejarnos sorprender por este dato que en el momento del nacimiento sólo existe el 10 % de las conexiones neuronales y que el 90 % restante se constituye y desarrolla progresivamente en función de las estimulaciones exteriores, sobre todo en función de la interacción entre la madre y el niño en la primera fase de la vida.

Aparte del mecanismo clave de la desconexión interhemisférica responsable de un estado de hemisfericidad (independencia de los dos hemisferios), se ha barajado la intervención de otros dos mecanismos neurofisiológicos en el origen de la AL: la desconexión entre el sistema límbico y el neocortex, o sea la interferencia de la transmisión de inervación entre el cerebro emocional y el cerebro de la palabra, y la lateralización cerebral en forma de un predominio derecho o izquierdo. La alteración funcional u orgánica de la conexión cortico-subcortical mencionada puede actuar como el sustrato neurofisiológico de la AL. En el modelo cerebral de organización vertical esta conexión representa el eje coordinador del funcionamiento neurofisiológico, mediante la circulación de impulsos desde el sistema límbico a la corteza cerebral, por lo que el bloqueo de esta transmisión hace difícil o imposible el reconocimiento de las emociones propias.

La hipótesis de la lateralización hemisférica en forma de un predominio del hemisferio derecho o del izquierdo, ha suscitado una polémica notable sobre las diferencias funcionales entre ambos hemisferios. A este respecto, resulta apasionante indagar cómo se configura en el alexitímico la coordinación jerárquica entre los dos hemisferios cerebrales.

En principio, Flannery (1981) y Taylor (1984), partiendo de la integración de los datos neurobiológicos y psicodinámicos disponi-

bles, pensaban que en la AL, dada su pobreza de fantasías y su penuria emocional, existía una lateralización cerebral hacia la izquierda. Los trabajos sobre los «movimientos oculares laterales conjugados» que el individuo realiza cuando está pensando en alguna pregunta, considerados como indicadores de mayor activación de uno de los hemisferios, denotan por el contrario según Cole y Bakan (1985), que los alexitímicos son «marcadores izquierdos», lo que corresponde a un predominio cerebral derecho, o sea una hemisfericidad derecha.

La acumulación de AL entre los zurdos, atribuida a que en ellos hay partes del cuerpo calloso de extrema delgadez, podría hacer suponer, como señalan Rodenhauser et al (1986), que al menos en los alexitímicos zurdos se impone el dominio del hemisferio derecho.

La idea de que el hemisferio cerebral derecho está más afectado que el izquierdo en todos los tipos de procesos afectivos, ha entrado en bancarrota en el estado depresivo. Los hallazgos volumétricos y estructurales registrados en la depresión y en la hipomanía-manía han permitido a Clark y Sahakan (2006) emitir la hipótesis de que en tanto la actividad del hemisferio izquierdo está reducida en la depresión, experimenta una exaltación en el estado maníaco. Los datos anómalos neurofisiológicos y neuroanatómicos detectados por Frodl et al (2008) en los estados depresivos mediante la resonancia magnética y otras técnicas de neuroimagen, se localizan exclusivamente en el hemisferio cerebral izquierdo con la distribución siguiente: el descenso funcional sináptico y metabólico asociado a la reducción morfológica del volumen de la corteza gris (pérdida de neuronas y de glía y descenso del número y longitud de las ramas dendríticas) en la corteza prefrontal dorsolateral y ventromedial, la circunvolución cingulada anterior, el polo temporal, el hipocampo y la amígdala (aumento de volumen). Tamaña acumulación de alteraciones en el hemisferio izquierdo de los enfermos depresivos, corroborada por diversos autores, recogidos en mi monografía *Las cuatro dimensiones del enfermo depresivo* (2009), obliga a poner en cuarentena el estereotipo clásico constituido por el cerebro derecho como el sustrato emocional y el izquierdo como el sustrato lóricorracional.

El examen de la repartición de funciones entre ambos hemisferios, a la luz de las últimas observaciones clínicas y morfológicas, permite mantener que el hemisferio izquierdo está más especializado en los sentimientos positivos y el derecho más implicado en los sentimientos negativos. Algo así, como si el hemisferio izquierdo

fuera el órgano de la euforia y el placer, y el hemisferio derecho la sede de la tristeza y el displacer.

La técnica de la estimulación magnética transcraneal repetida se atiene a tratar a los enfermos depresivos con la aplicación de impulsos magnéticos de alta frecuencia y acción estimulante sobre las estructuras frontolímbicas del hemisferio izquierdo, y el impacto de estímulos inhibidores, de escasa frecuencia, sobre el lóbulo prefrontal derecho, con la pretensión de reducir su actividad, y restablecer así el equilibrio perdido entre ambos hemisferios.

Para apoyar esta nueva idea sobre la repartición de funciones entre ambos hemisferios, se agolpan los datos clínicos y morfológicos que denotan en los alexitímicos y en los depresivos la presencia de un hemisferio izquierdo hipoactivo o hipoexcitable asociado con un hemisferio derecho sobreactivo o dominante.

El concepto de la *AL secundaria*, la AL de aparición tardía, se ha manejado en ocasiones con escaso rigor, sin tener en cuenta que la AL no tiene una naturaleza reactiva o neurótica. Así tenemos a Krystal (1979) que incluye entre «los enfermos alexitímicos» a los sujetos empobrecidos emocionalmente por haber sufrido un trauma psíquico durante la infancia o en la edad adulta. Consiguientemente, la AL secundaria se ha vuelto «un cajón de sastre». Parte de mí mismo la propuesta de depurar el concepto de AL secundaria apartando de sus dominios los cuadros transitorios distribuidos entre el bloqueo emocional, la represión psíquica y la sintomatología depresiva y crear para ellos el nuevo distrito semiológico de la *AL espuria*. Hay un brusco contraste entre la gran resistencia terapéutica ofrecida por la AL auténtica, y la sujeción de los cuadros pseudoalexitímicos a remitir fielmente al compás de modificarse las circunstancias situativas o mejorar el estado depresivo. El bloqueado, el reprimido y el depresivo participan del denominador común de la transitoriedad, que se contraponen a la perdurabilidad o la permanencia propia del estado alexitímico.

Entre la AL genuina y la AL espuria se interpone la AL situativa, producto de una situación distresante, como puede ser el caso del médico sometido a emergencias negativas reiteradas.

La AL secundaria, un vez expurgados los cuadros alexitímicos espurios y los situativos, se distribuye en dos agrupaciones etiológicas: la AL orgánica y la AL psicopstraumática.

En la serie de la AL tardía orgánica los factores intervinientes actúan alterando la integridad del cuerpo caloso. Sus causas más

frecuentes son las tres siguientes: un proceso expansivo intracraneal situado en la proximidad de la línea media; una esclerosis en placas con degeneración de las fibras nerviosas al nivel del cuerpo calloso, y la intervención quirúrgica que suprime o secciona parcial o totalmente el puente calloso, operación indicada sobre todo en el tratamiento de la epilepsia rebelde o intratable. La comisurectomía o callosotomía quirúrgica determina la separación de ambos hemisferios y consiguientemente conduce al establecimiento de un perfil alexitímico bastante completo.

La AL secundaria postraumática constituye una de las secuelas clínicas más graves integradas en el síndrome de estrés postraumático. Habitualmente, en los estados postraumáticos la personalidad se vuelve constrictiva, con un notable estrechamiento en sus intereses. La instauración postraumática del perfil alexitímico sólo acontece en los estreses traumáticos que alcanzan una envergadura excepcional. Así se entiende por qué el mayor contingente de las AL secundarias postraumáticas se ha descrito en los supervivientes de los campos de concentración nazis y en los veteranos de la guerra del Vietnam.

III. DETECCIÓN Y TERAPIA DE LA ALEXITIMIA

Contando con que el médico examinador no sea alexitímico, y como hemos visto no suele serlo, porque si tal aconteciera todos los enfermos le parecerían secos y aburridos, la impresión de encontrarse ante un paciente que habla lentamente, con una tremenda monotonía y se pierde en detalles transmitiendo pesadez, es un dato muy válido para sospechar en principio que nos encontramos ante un paciente alexitímico.

En todo enfermo sospechoso de AL, el médico dispone para verificar su sospecha de la captación de cuatro constructos objetivos, que son como los pilares clínicos de la AL: la falta de verbalización de las emociones; la incapacidad para ofrecer reacciones emocionales, salvo la hostilidad o el enfado; el tipo de pensamiento lento, exterior y prolijo, y la ausencia de imaginación asociada con la escasez de ensoñaciones diurnas o de sueños nocturnos.

La precariedad de la conciencia emocional puede alcanzar en el alexitímico distintos niveles, para cuya determinación el índice más fiable se encuentra en la dificultad para encontrar las palabras ade-

cuadas al tratar de describir o enumerar el sentimiento o la emoción experimentada por él o por otra persona. Se dispone hoy de una serie de escalas o cuestionarios para la evaluación psicométrica de la AL.

El inicio del tratamiento del alexitímico requiere la existencia de una motivación o una solicitud. La demanda de tratamiento puede partir del médico, de algún familiar muy machacado por el alexitímico o de él mismo para poner remedio a sus somatizaciones o a la patología asociada de tipo físico o mental. Pero si no existe la petición propia o ajena referida, la terapia del alexitímico no podrá concretarse en nada, ante un sujeto que no se queja ni reclama nada.

Los precursores del concepto de AL ya habían advertido el carácter refractario del trastorno psicossomático ante casi todo tipo de psicoterapia verbal. Taylor (1984) subrayaba que el enfermo alexitímico no es un buen candidato para la psicoterapia dinámica. La psicoterapia selectiva para el alexitímico queda limitada a estas dos modalidades de psicoterapia breve: la psicoterapia interpersonal o el análisis introspectivo.

En el plano de la socioterapia, el alexitímico puede beneficiarse con el concurso de los contactos personales y la asistencia asidua a un club recreativo para participar en sus actividades. La sujeción a un plan de vida regular, distribuido de forma equilibrada, entre el sueño, el trabajo, la relación con los familiares o los amigos y el ejercicio físico, puede reportarle grandes beneficios, sobre todo si este plan de vida lo comparte con su pareja. No debe olvidarse que la alta susceptibilidad del alexitímico para la patología somática proviene en una amplia medida de llevar una vida de mala calidad.

La indicación de psicofármacos en los alexitímicos se ajusta al logro de estos cuatro objetivos: primero, activar los sentimientos positivos; segundo, reducir la hostilidad y los sentimientos negativos, sendos objetivos cubiertos por la administración de un producto inhibidor de la recaptación de la serotonina y la noradrenalina; tercer objetivo, inhibir la impulsividad o facilitar el autocontrol, y el cuarto, amortiguar las somatizaciones, dos metas accesibles al empleo de ciertas moléculas psicorreguladoras, en especial la lamotrigina, la gabapentina o la pregabalina. El tratamiento psicofarmacológico del alexitímico queda representado, por tanto, en su primera línea, por la asociación de un psicorregulador, que es al tiempo un antisomatizador, y un propulsor de los sistemas serotoninérgico y noradrenérgico, el par de neurotransmisores que son el carburante del sistema límbico.

La mejoría del alexitímico es accesible, pero exige un gran empeño terapéutico desplegado en los tres frentes comentados: la aplicación de los medicamentos adecuados, la entrega a la modalidad de psicoterapia breve efectiva señalada y una estrategia de vida debidamente planificada.

Tres apretadas conclusiones:

- 1.^a La recomendación de retener en la memoria las pista que hemos dado para reconocer al alexitímico a través del trato familiar, social o laboral.
- 2.^a El giro copernicano registrado en la repartición de funciones entre el cerebro derecho y el izquierdo.
- 3.^a La exigencia de efectuar un examen psiquiátrico en la mayor parte de los enfermos somáticos cronificados.

BIBLIOGRAFÍA

- ALONSO-FERNÁNDEZ, F.: *El cuestionario estructural tetradimensional para el diagnóstico y la clasificación de la depresión*. 4.^a ed. Tea Ediciones, Madrid, 1998.
- *Las nuevas adicciones*. Tea Ediciones, Madrid, 2003.
- *¿Por qué trabajamos? El trabajo entre el estrés y la felicidad*. Díaz de Santos, Madrid, 2008.
- *Las cuatro dimensiones del enfermo depresivo*. Instituto de España, Madrid, 2009.
- BENADHIRA, R., BRAHA, S. y JANUEL, D.: «rTSM dans le traitement des troubles de l'humeur». *Ann Med Psychol*, 2010; 168: 387-393.
- CLARK, K. L. y SAHAKAN, B. I.: *Neuropsychological and biological approaches to understanding bipolar disorder*. En Jones, S. H. y Bertal, R. P. (eds.); *The psychology of bipolar disorder*. University Press, Oxford, 2006, pp. 139-178.
- COLE, G. y BAKAN, P.: «Alexithymia, hemisphericity, and conjugate lateral eye movements». *Psychother Psychosom*, 1985; 44: 139-143.
- CONSOLI, S. M.: «La psychiatrie de liaison. Quelle actualité, quelles perspectives?» *Ann Med Psychol*, 2010; 168: 198-204.
- CORCOS, M., GUILBAUD, O. y LOAS, G.: «Métapsychologie de l'alexithymie dans les addictions». *Neuro-Psy*, 2007; 6: 74-79.
- HAUWELK-FANTINI, C. y PEDINIELLI, J. L.: «De la non-expression à la surexpression des émotions ou comment l'expérience émotionnelle repose la question des liens entre sexe, alexithymie et répression». *Ann Méd Psychol*, 2008; 166: 277-284.
- HOERMI, B. y BÉNÉZECH, M.: *La relation humaine en médecine*. Editions Glyphe, Paris, 2010.
- JOUANNE, C., EDEL, Y. y CARTON, S.: «Déficits émotionnels chez des patients polytoxicomanes». *Ann Méd Psychol*, 2005; 163: 625-530.

- KRYSTAL, H.: «Alexithymia and Psychotherapy». *Am J Psychother*, 1979; 33: 17-31.
- LUMLEY, M. A., ASSELIN, L. A. y NORMAN, S.: «Alexithymia in chronic pain patients». *Comprehensive Psychiatry*, 1997; 38: 160-165.
- MAISONDIEU, J., TARRIEU, C., RAZAFIMAMONJY, J. y ARNAULT, M.: «Alexythymie, depression et incarceration prolongée». *Ann Méd Psychol*, 2008; 166: 664-668.
- MORAL, J.: «La alexitimia en relación con el sexo y el rol de género». *Revista Institucional de Ciencias Sociales y Humanidades*, 2005; 15: 147-166.
- PEDINIELLI, J. L.: *Psychosomatique et alexithymie*. P.U.F., Paris, 1992.
- PÉREZ-RINCÓN, H., CORTÉS, J., ORTIZ, S. et al: «Validación y estandarización de la versión española de la Escala Modificada de Alexitimia de Toronto». *Salud Mental* (México), 1997; 20: 30-33.
- ÚBEDA, F.: *Libro de entretenimiento de la pícara Justina*. Fuente de Oro, Bruselas, 1608.

INTERVENCIONES

Prof. Martínez Fornés

En primer lugar como siempre felicitar al Prof. Alonso Fernández por la oportunidad del tema y ahora diré por qué, y la lucidez con que lo ha desarrollado. Yo tengo una gran experiencia de una forma sindrómica de la alexitimia, realmente Sifneos fue muy afortunado eligiendo este nombre porque exactamente quiere decir, la dificultad o incapacidad para conocer los propios sentimientos, las propias emociones y no poder verbalizarlos y esto crea un cuadro de caos mental tremendo en el paciente. Entre las anoréxicas graves este síndrome no se puede decir que sea una cosa secundaria, yo creo que está entronizado en el mismo grupo que las anoréxicas porque no he visto, y he visto muchas anoréxicas, no he visto una sola anoréxica grave que no presente este síndrome de alexitimia y el caos que produce es tan grave que muchas de estas «niñas o muchachitas» que yo he visto, algunos psicólogos y psiquiatras que no conocen esta enfermedad y en este caso este síndrome de alexitimia, por eso hablo de la oportunidad, a estas niñas las habrían diagnosticado por ser un cuadro que aparece en la adolescencia, que aparece como un brote en niñas muy delgadas, en niñas muy extrañas, las habrían diagnosticado como un síndrome, un episodio, un cuadro psicótico en la adolescencia, además del área esquizofrénica. La prueba es que cuando estas chicas se curan del todo, realmente luego son unas personas inteligentísimas, son la secretaria perfec-

ta, es muy inteligente, muy trabajadora, muy creadora, muy responsable y muy meticulosa en todas las cosas. He visto dos casos que han sido premio final de carrera, y quería preguntar un poco su opinión sobre esta forma sindrómica, que ya digo, si los psiquiatras y psicólogos por los menos los que habían visto a estas enfermas lo conociesen, no hubiesen diagnosticado y tratado como esquizofrenia alguna de estas muchachitas. Muchas gracias.

Prof. Segovia de Arana

Yo quiero también felicitar por esta extraordinaria manifestación que ha hecho nuestro compañero Alonso Fernández porque ha tocado un tema que es de una rabiosa actualidad, es decir, el hecho de que hasta qué punto la constitución de una persona condiciona su persona y su personalidad. Esto que parece una cosa reciente es nada menos que desde la época de Aristóteles, en que ya, efectivamente, los humores, las flemas, el aire, el agua, la tierra, pensaba que podía ser constituyente de lo que podía ser después una persona, pero ya después aquello se deshizo porque naturalmente no tenía ninguna razón, pero vino Kretschmer, lo cual en el año 20 del siglo pasado hizo nada menos que la tipología constitucional que todos hemos aprendido cuando estudiamos la patología general en nuestra carrera, el tipo pícnico, el tipo asténico, el tipo leptosomático, el tipo atlético, que condicionaban ser hipertensos o tener úlcera de estómago o tener una neuropatía,... pensando que aquello podía ser la constitución de estos tipos que daba lugar a una predisposición acerca de enfermedades, esto lo sabe muy bien Alonso Fernández y todos los que conocen la psiquiatría. Cuando vinieron los psicósomáticos, Siebeck y Rudolf Krell, dijeron que aquello no era cierto, que no había una relación entre unos y otros, entre la constitución y la enfermedad que pudieran tener y que por tanto, una frase preciosa de Siebeck, decía que «el hombre es el dueño de sí mismo, el dueño de su destino, el dueño de sus relaciones humanas», eso realmente es extraordinario, pero ahora estamos diciendo que acaso aún no había una invención o mejor dicho, un conocimiento concreto justamente del cerebro. Las neurociencias, saben todos ustedes, como el destino en el momento actual, es el conocimiento del cerebro, del cual apenas conocemos un 10%, a pesar de todas las localizaciones que se han hecho, a pesar de todos los cir-

cuitos que se han descrito..., el cerebro es el gran desconocido porque apenas hemos conocido nada, pero junto con las neurociencias hay otro horizonte, yo me he referido a él, y es la pregunta que le hago a nuestro compañero, por si acaso él lo conoce, el hecho de que es la constitución genética, son los genes los que producen a la persona y producen su personalidad y producen su manera de ser, entonces mi pregunta es: ¿conoce nuestro compañero cuál es la constitución genética de los alexitímicos, hasta qué punto hay nucleótidos que refieren a esta forma de ser o hay otros que son más amplios dentro de este genoma que es la maravilla que ahora estamos conociendo? Yo creo que es un buen momento para hacer investigación acerca de la relación que pueden tener estas personas, estos trastornos psicossomáticos, o psiquiátricos o psicológicos, como se quieran llamar, con la constitución biomolecular, con la medicina genómica, que es gran horizonte al cual todos los médicos tenemos que aproximarnos desde el principio. Muchas gracias.

CONTESTACIÓN DEL PROF. ALONSO FERNÁNDEZ

Agradezco a ambos compañeros su intervención interesante y lúcida. Pienso como el profesor Martínez Fornés que dentro de la anorexia mental se agrupan tipos etiológicos muy diversos, entre los cuales se encuentran trastornos de personalidad pseudodexitímicos y algunas muchachas con perfil alexitímico genuino.

Con relación a la pregunta del profesor Segovia de Arana, nos encontramos en pleno auge de nuevos datos enmarcados en atribuir el trastorno de personalidad a una interacción entre el genoma, los factores ambientales y los factores de desarrollo epigenéticos. Uno de los grandes avances de la patología molecular en psiquiatría se ha producido al detectar como una de las secuencias patogénicas del trastorno depresivo está ocupada por el descenso plasmático de la tasa de proteínas tróficas para el cerebro y de proteínas nucleares fosforiladas, lo que conduce a un descenso funcional y trastorno orgánico de la red neuronal córtico-límbica.

**PRESENTACIÓN DEL LIBRO:
«FISIOLOGÍA HUMANA» (4.^a EDICIÓN)
HUMAN PHYSIOLOGY
(BOOK'S PRESENTATION)**

Por el Excmo. Sr. D. JESÚS A. FERNÁNDEZ-TRESGUERRES HERNÁNDEZ

Académico de Número

Resumen

Se presenta la cuarta edición del libro *Fisiología Humana* dirigido por el Dr. Jesús A. F.-Tresguerres y editado por McGraw-Hill/Interamericana de México. Se comentan las características del libro, publicado por primera vez en 1992, con una segunda edición en 1999 y una tercera en 2005 y las razones por las cuales se realiza ahora una cuarta edición, con una importante presencia de colaboradores procedentes de Iberoamérica. Se detallan asimismo las modificaciones que se han introducido con respecto a la edición anterior, y que además de las puestas al día en todos los sistemas esta edición es a todo color.

Abstract

The fourth edition of the textbook <Fisiología Humana> edited by Dr. Jesús A. F. Tresguerres and published by McGraw Hill/Interamericana from Mexico is presented. The characteristics of this textbook, that firstly appeared in 1992, with a second edition in 1999 and a third edition in 2005 are commented, together with the reason for this new edition, including a high number of iberoamerican collaborators. The modifications introduced as compared to the last editions are also described and commented. Updatings of the different systems have been carried out and this edition has been printed at full colour.

INTRODUCCIÓN

Resulta ya muy lejano cuando a principios de los años 90 un grupo de profesores procedentes de varias universidades españolas nos planteamos la necesidad de escribir un tratado de Fisiología por y para hispanohablantes. El nivel científico y docente de la Fisiología había alcanzado ya en nuestro país un grado suficiente de madurez como para abordar esta tarea, que consideramos necesaria por varios motivos. Primero, porque no era conveniente seguir dependiendo exclusivamente de las traducciones que se venían realizando de los textos anglosajones, algunos excelentes por cierto, porque éstos, o no se adaptaban totalmente a nuestras enseñanzas, o no se explicaban algunos temas de forma conveniente o, en cualquier caso, aparecían con información una tanto desfasada en función del tiempo adicional de la edición traducida. Segundo, porque debíamos pasar de una situación de colonización científica a otra de autosuficiencia, como mínimo, o incluso de competencia, con los textos anglosajones. Y tercero, porque constituía un reto al que había que hacer frente, por considerar que estábamos en condiciones científicas de afrontarlo.

Contando con profesores de distintas Universidades españolas que incluían no sólo fisiólogos, sino también farmacólogos e internistas para aquellas materias donde el nivel de investigación fisiológica y fisiopatológica de los grupos así lo hacía aconsejable, se elaboró un texto pensado no sólo para los estudiantes de 2º curso de medicina, sino también para los de farmacia, biológicas y veterinaria. En todos los casos, los profesores, que también eran investigadores, aportaban su experiencia personal en temas que habían contribuido a desarrollar con su propio trabajo experimental.

EL LIBRO: PRIMERAS EDICIONES

En 1992 apareció la primera edición de este tratado de Fisiología de la mano de McGraw Hill/Interamericana y ya entonces expresábamos nuestro deseo de que pudiera ser de utilidad a las nuevas generaciones de médicos, biólogos, veterinarios y farmacéuticos de habla hispana. El libro ha tenido desde el principio una gran aceptación y se ha ido introduciendo en casi todas las universidades españolas, portuguesas e iberoamericanas, especialmente en México,

Venezuela, Colombia y Argentina, a pesar de haber tenido que lidiar para ello con toda una serie de tratados de origen norteamericano perfectamente establecidos en el mercado, lo que naturalmente nos llena de orgullo.

En la segunda y tercera edición y en función de su importante distribución por Iberoamérica entraron a formar parte de los directores asociados excelentes profesores de fisiología procedentes de Argentina y México, que han coordinado respectivamente a dos grupos de colaboradores de alto nivel científico que aportaron savia nueva y que ampliaron el ámbito hispanoamericano de los colaboradores de este libro, manteniendo en todo momento la uniformidad del mismo. Continuamos recibiendo gran número de sugerencias y críticas que fuimos incorporando a las sucesivas ediciones. Se redujeron algunos contenidos que resultaban excesivos y se ampliaron otros que, por el contrario, parecían insuficientes. Se mantuvo, no obstante, la metódica expositiva de la primera edición, que había sido bien recibida por profesores y alumnos. Ésta comienza por la neurofisiología, para continuar después con la sangre, circulatorio, respiratorio, digestivo, nutrición y endocrinología, para terminar con una serie de temas de integración y adaptación que contribuyen a transmitir al alumno el concepto unitario del organismo imprescindible para entender algunos procesos fisiológicos.

En el prefacio de la primera edición nos planteábamos ya la dificultad que entraña una obra de estas características. Por más que los profesores que entonces dirigimos y escribimos aquella edición pretendiéramos hacer las cosas lo mejor posible, éramos conscientes de que solamente el tiempo y las críticas recibidas de profesores y alumnos harían posible ir mejorando la calidad del tratado, haciéndolo más adecuado a los fines para los que había sido escrito.

Tuvimos precisamente el gran honor de que nuestras 2 primeras ediciones fueran prologadas por el profesor Laín Entralgo. En ellas hacía votos para que el libro se convirtiese en el «Treguerres» y sirviese de guía en los estudios de fisiología a los estudiantes de ciencias biomédicas españoles e iberoamericanos del futuro. Afortunadamente así ha sido y actualmente el libro se ha convertido en el libro recomendado en la mayoría de las Universidades de España e Iberoamérica.

La tercera edición fue también amablemente prologada por el entonces presidente de la Real Academia Nacional de Medicina, profesor Amador Schüller.

LA CUARTA EDICIÓN

En esta cuarta edición se le ha dado al libro una considerable renovación. La edición se ha llevado a cabo en México y se ha realizado a todo color por primera vez. Además el número de ejemplares impresos, 5000, ha sido muy superior a las ediciones anteriores.

Se mantienen todos los directores asociados de la tercera edición y se ha procurado hacer el libro todavía más didáctico, Los directores asociados Iberoamericanos han continuado prestándonos su ayuda y se ha incrementado significativamente el número de los colaboradores transatlánticos, habiéndose ampliado también el número de países participantes concretamente a Colombia y Panamá.

Se ha reorganizado el sistema Cardiovascular para darle un enfoque más didáctico. Se ha modificado de nuevo el sistema Respiratorio donde siguen coexistiendo los sistemas antiguos y modernos de unidades y se ha tratado de simplificar también algunos aspectos que habían resultado ser de difícil comprensión. El sistema Digestivo se ha reestructurado completamente, dándole una orientación más funcional. El Sistema Excretor se ha reorganizado y el resto de los apartados ha sido puesto al día y se ha simplificado todo lo posible. Se han dibujado de nuevo prácticamente todas las figuras que ahora a todo color resultan mucho más didácticas y comprensibles.

En suma, hemos tratado de conseguir un texto agradable de lectura y todavía más fácil de comprender, más equilibrado y que cumpla mejor su misión de contribuir a la enseñanza de la Fisiología en las distintas universidades de España, Portugal e Iberoamérica.

Cuando el profesor Laín Entralgo prologó las dos primeras ediciones, comentaba que el libro estaba escrito por y para hispanohablantes, que era una obra colectiva y se movía con suficiencia indudable en el nivel al que ha llegado el saber fisiológico, estando, como diría Ortega, a la altura de su tiempo.

Subrayaba el carácter ampliamente colectivo del libro y comentaba que con él íbamos avanzando en España hacia la meta que varias veces había propuesto: producir la ciencia correspondiente a un país europeo y occidental de cuarenta millones de habitantes.

El profesor Laín Entralgo saludaba su aparición en 1992 con satisfacción y deseaba que, convertido ya en «el Tresguerres», pudiera seguir enseñando en ediciones sucesivas lo que fisiológicamente es esta maravillosa y terrible realidad que llamamos «cuerpo humano».

En la segunda edición se congratulaba de que sus deseos de unos años antes se fueran convirtiendo en realidad y el libro se hubiese convertido en texto no solo en España sino también en varios países de Iberoamérica.

El profesor Amador Schüller tuvo la gentileza de prologar la tercera edición comentando que mantenía a pesar de su multiautorialidad una directriz fundamental que permitía la conexión entre la fisiología y la fisiopatología con la profundidad necesaria, destacando siempre lo fundamental sobre lo accesorio. Cada capítulo demostraba tener una extensión adecuada y se destacaba el hecho de que se establecen relaciones entre unos y otros. Gracias a los conocimientos aportados del estado actual de la Fisiología, permitía modelar los conocimientos de las bases médicas que aseguraban la máxima capacitación del futuro galeno, que le permitía desenvolverse en cualquier campo de la patología. Consideraba el Prof. Schüller que la obra había alcanzado ya un nivel que le permitía ser considerada como fundamental e indispensable.

Esta cuarta edición ha sido amablemente prologada por el profesor Segovia de Arana que lo define como «el mejor tratado actual de Fisiología Humana», donde se expresan con claridad y precisión todos los conocimientos del funcionamiento fisiológico, uno de los básicos para entender todas las maravillas actuales y futuras de la medicina moderna. Nos sentimos especialmente orgullosos, que uno de los padres de la medicina moderna española, introductor del sistema de la formación MIR en nuestro país, considere que nuestro libro reúne esas características tan especiales.

Quiero expresar públicamente mi agradecimiento a los Profesores Laín Entralgo, Schüller y Segovia de Arana, por su apoyo a nuestra obra. Por supuesto también a todos los directores asociados, profesores Ariznavarreta, Cachofeiro, Cardinali, Escrich, Gil Loyzaga, Lahera Juliá, Mora Teruel, Romano Pardo y Tamargo Menéndez, y, naturalmente, a todos y cada uno de los 90 colaboradores que han aportado su esfuerzo y su saber para que el libro sea lo que es.

INTERVENCIONES

Prof. Segovia de Arana

Muchas gracias. Realmente ha hecho una espléndida presentación del libro. A mi me recuerda mucho lo que pasó con otros libros, el Harrison, el Cecil, que también han sido hechos por varios autores. Pero de este me alegro yo de haber escrito aquello y no conocía esta versión, estos colores, estos esquemas, que realmente es impresionante. Yo creo que es un libro que hay que recomendar no sólo a los estudiantes de medicina, que está hecho para ellos, sino también a los MIR de cualquier especialidad, y cualquier especialista que ya está haciendo la especialidad médica continuada tiene que leer todo esto, y sobre todo yo se lo recomiendo a los catedráticos de patología médica jubilados como yo.

Prof. Seoane Prado

A la vista de una aventura como esta, no sabe uno si felicitar al coordinador general o compadecerlo porque quienes hemos estado alguna vez implicados en obras colectivas sabemos lo difícilísimo que es coordinar no más que media docena de autores, de modo que junto a mi admiración va la pregunta: ¿qué métodos operativos ha seguido que a todos nos sirvan para conseguir que 116 científicos tan difíciles de sintonizar puedan funcionar al unísono para dar una obra de estas características?

CONTESTACIÓN DEL PROF. TRESGUERRES

— Al **Prof. Segovia de Arana**: Muchas gracias por sus palabras y por su apoyo. Yo también espero que tenga una difusión todavía mayor que las ediciones anteriores.

— Al **Prof. Seoane Prado**: El único secreto consiste en estar permanentemente encima del proceso editorial y dar mucho la lata a los autores. Por otro lado no podemos dejar de revisar todos los manuscritos para evitar que existan informaciones contradictorias y para darle la homogeneidad necesaria.

PALABRAS FINALES DEL SR. PRESIDENTE

Muchas gracias a los dos Académicos que han intervenido en el día de hoy. Al Prof. Alonso Fernández, como siempre, por traer un tema, tan novedoso e interesante como el de la alexitimia del cual nunca creo se había hablado en la Academia. Un trastorno en el que persona no sabe reconocer sus sentimientos, incapaz de identificar sus propias emociones y de darles expresión verbal, y que él ha explicado muy bien, en qué condiciones se da y que realmente el conocerlo mejor seguramente nos va a ayudar a todos a entender mejor no solamente a nuestros pacientes sino además con muchas de las personas que nos rodeamos en el día a día.

La alexitimia, como él ha dicho muy bien es un trastorno fundamentalmente psicosomático, aunque yo también diría que hay rasgos alexitímicos sin tener ninguna enfermedad psicosomática aún cuando está vinculada la palabra a enfermedad. Es mucho más frecuente en hombres que en mujeres, pero también es curioso que el porcentaje que se da en mujeres depresivas es muy bajo, lo cual llama mucho la atención. Nosotros cuando hicimos un estudio, que presentamos aquí hace ya tres años, sobre la inteligencia emocional, nos llamó mucho la atención cómo determinados aspectos del mundo emocional en la mujer de hoy a diferencia de la mujer de hace veinte años, ha cambiado de forma substancial.

Es posible, según se desprende de las palabra de Alonso Fernández, que en el caso de la alexitimia, que ahora mismo la proporción como ha indicado es de 1-10 ó 1-8 aproximadamente entre hombre y mujer, que va a ir cambiando porque a mi juicio, con independencia de factores que inciden en ella como son los trastornos de la conducta alimentaria, las enfermedades psicopatológicas o como es simplemente el autismo, creo que además de todo eso hay un factor que no solamente está vinculado a la infancia como se conoce en la alexitimia, sino además un factor cultural. Es decir el hombre seguramente antropológicamente ha sido o ha transmitido menos las emociones porque seguramente había desarrollado más el sistema cortical por aquello de tener que llevar el alimento a casa, mientras que la mujer seguramente históricamente, antropológicamente se había abandonado más a otras actividades que estaban menos vinculadas a la corteza cerebral.

En cualquier caso nadie niega que el sistema límbico, tanto del hombre como de la mujer, está sufriendo una gran evolución, de la

misma forma que tanto la cultura como los cambios socioculturales está haciendo que la mujer tenga hoy unos comportamientos, en todos los sentidos y también de cara a la enfermedad, totalmente diferentes. Yo en cualquier caso no soy obviamente autoridad para discutir lo que ha dicho aquí el Prof. Alonso Fernández, pero sí mostrar mi admiración y mi interés porque ha traído un tema de grandísima actualidad y sobre todo porque cada vez vivimos más profundamente el mundo de las emociones, es decir la gente cada vez se está acercando más al mundo de las emociones y desgraciadamente en muchos casos también abandonando el mundo cortical, lo cual también puede ser peligroso para la subsistencia de la estirpe humana, un poco también al hilo de lo que nos decía hace un par de semanas en el ciclo de humanidades y medicina el Prof. Diego Gracia.

Con respecto a la obra de nuestro amigo y compañero, Jesús Fernández-Tresguerres, obviamente felicitarle en nombre de la Academia y felicitarle como compañero y agradecerle además como autor que haya contado con uno. Se trata de un libro muy importante, ya con un marchamo de prestigio muy grande como lo demuestran sus múltiples ediciones. La pregunta que le ha hecho el Prof. Seoane es una pregunta muy interesante y que siempre nos la hacemos todos, es decir cómo somos capaces de coordinar un libro con esta enorme cantidad de autores y sobre todo, lo que sería yo creo más interesante, si somos capaces de unificar un pensamiento y una obra, porque la fisiología no es solamente un conjunto de capítulos añadidos uno a otro, sino que al final es un pensamiento que hay que transmitir al alumno y sobre todo que hay que transmitir a todo aquel que tiene interés por conocer mejor la fisiología y la medicina. Siempre digo que la obra de Tresguerres es una obra, yo no conozco todavía esta que acaba de presentarnos pero sí las anteriores, que tiene una característica que la distingue de muchos libros, y es que incita al que lo lee al estudio de la fisiopatología y esto no es fácil conseguir. En general el estudiante ve la fisiología o la anatomía como cosas de estancas sin ver más allá, y sin embargo el estudiante cuando lee el libro de fisiología de Tresguerres, muestra una profunda curiosidad por cuanto viene después de su conocimiento.

Y con respecto a la uniformidad, que sería siempre la autocrítica mayor que tenemos todos los que hacemos algún libro en plan colaborativo, me ha recordado cuando ha hecho la pregunta el Prof.

Seoane que hay un libro en medicina, el famoso Harrison. Pues bien este libro a pesar de su importancia tiene incoherencias, a pesar de haberse convertido en una autentica empresa en el propio sentido de la palabra, a pesar de la enorme cantidad de revisiones que permanentemente son hechas sigue presentado este tipo de defectos, defectos que se observan no solo en las obras multiautor, sino desgraciadamente en algunas de un solo autor,

Por lo tanto creo que al libro de Tresguerres hay que reconocerlo. Laín Entralgo decía «lo importante es que un día le llamen el Tresguerres» y yo creo que eso ya está conseguido. Si vamos a más, lo que ahora tendría que conseguir el Prof. Tresguerres es lo que un día aquí dijo con motivo de la presentación de otro libro, que no recuerdo ahora cual fue, el Prof. Botella: «bueno, bueno, habrá que esperar a ver cuándo llega usted a la 23 Edición.», Todos creemos que el reto de nuestro compañero y querido Académico, Jesús Fernández-Tresguerres es que siga en el empeño y que siga haciendo ediciones y profundizando en este fantástico equipo de trabajo que ha creado aquí en España y con todo lo que ha hecho también en Iberoamerica.

Enhorabuena, enhorabuena de nuevo a los profesores Alonso Fernández y Fernández-Tresguerres. Muchísimas gracias a todos los señores Académicos por sus intervenciones. Se levanta la Sesión.

XXII SESIÓN CIENTÍFICA

DÍA 2 DE NOVIEMBRE DE 2010

PRESIDIDA POR EL EXCMO. SR.
D. MANUEL DÍAZ-RUBIO GARCÍA

**EL DIAGNÓSTICO MICROBIOLÓGICO
EN LAS INFECCIONES GRAVES**
**THE MICROBIOLOGICAL DIAGNOSIS IN SEVERE
INFECTIONS**

Por el Excmo. Sr. D. GONZALO PIÉDROLA ANGULO

Académico de Número

**INDICACIONES CLÍNICAS DE LAS PRUEBAS
DE RESISTENCIA EN LA INFECCIÓN VIH**
**CLINICAL INDICATIONS FOR RESISTANCE
TESTING HIV INFECTION**

Por la Excma. Sr.^a D.^a M.^a DEL CARMEN MAROTO VELA

Académico de Número

EL DIAGNÓSTICO MICROBIOLÓGICO EN LAS INFECCIONES GRAVES

THE MICROBIOLOGICAL DIAGNOSIS IN SEVERE INFECTIONS

Por el Excmo. Sr. D. GONZALO PIÉDROLA ANGULO

Académico de Número

Resumen

El diagnóstico microbiológico de los procesos infecciosos ha venido marcado, como cualquier otra prueba de laboratorio, por dos criterios fundamentales: la sensibilidad y la especificidad de los resultados obtenidos. Pero en las infecciones graves en el Hospital, una vez conseguidos los criterios antes citados, se demanda cada vez más, una tercera necesidad: la rapidez en obtener cual es el agente productor del cuadro y su sensibilidad a los antimicrobianos. Desde hace unos años se han producido importantes avances en este sentido, que han ido siempre por detrás de las pruebas bioquímicas y hematológicas. Últimamente existen técnicas ultrarrápidas, como la espectrofotometría de masas de ionización suave, que permiten detectar proteínas de bacterias, hongos y levaduras, en muy corto tiempo. Estas técnicas poseen unas ventajas patentes en la reducción de los tiempos de hospitalización, disminución del gasto sanitario por paciente, y permiten una administración orientada y precoz de antibióticos más eficaces en áreas tales como UCI, UCI pediátrica, Unidad de Infecciosos, así como la disminución de tiempos de espera en los enfermos de Urgencias.

Abstract

The microbiological diagnosis of infectious processes has been marked as any other laboratory test, two fundamental criteria: sensitivity and specificity of the results. But in serious infections in the hospital, once achieved the above criteria, it is claimed more and more third requirement: the speed at which the agent get the picture producer and antimicrobial susceptibility. In recent years there has been significant progress in this regard, which have already been behind the biochemical and hematological tests. Lately there

ultrafast techniques such as mass spectrometry soft ionization, which can detect proteins of bacteria, fungi and yeasts, in a very short time. These techniques have some tangible gains in reducing hospitalization times, reduced health care costs per patient-oriented management and allow early and more effective antibiotics in areas such as ICU, pediatric ICU, Unit of Infectious and decreased waiting times in emergency patients.

Es bien conocido que el diagnóstico microbiológico de los procesos infecciosos ha venido marcado, como cualquier otra prueba de laboratorio, por dos criterios fundamentales: la sensibilidad y la especificidad de los resultados obtenidos.

Pero en las infecciones graves en el Hospital, una vez conseguidos los criterios antes citados, se demanda cada vez más, una tercera necesidad: la rapidez en obtener cual es el agente productor del cuadro y su sensibilidad a los antimicrobianos. Desde hace unos años se han producido importantes avances en este sentido, que han ido siempre por detrás de las pruebas bioquímicas y hematológicas. En esta comunicación queremos analizar los últimos sistemas de que dispone el microbiólogo hospitalario para ayudar al diagnóstico y terapéutica de los enfermos más graves como los de las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), UCI pediátrica, Unidad de Infecciosos, así como la disminución de tiempos de espera en las salas de observación de los enfermos de Urgencias.

Clásicamente la identificación bacteriana se basaba en la demostración, una vez realizadas las tinciones, y sembrada la muestra clínica, en aislar una colonia en la que se estudiaban una serie de propiedades bioquímicas, primero, e inmunológicas después, comprobando que correspondían con una bacteria determinada, cuyas características eran previamente conocidas. Así son recordadas las pruebas de Kligler, el test de IMViC, la producción de ureasa o triptófano-desaminasa, que sumadas a la aglutinación con sueros específicos, llevaban al diagnóstico de *Salmonella typhi* o *Escherichia coli*. Todo ello requería un período de incubación entre 48 y 72 horas. Algunas bacterias de crecimiento lento como *Streptococcus pyogenes* o *Brucella melitensis* necesitaban varios días para su aislamiento e identificación. Posteriormente se realizaba el antibiograma, lo que llevaba otras 24 a 48 horas, durante las cuales se realizaba un tratamiento empírico a ciegas, con antibióticos llamados de amplio espectro.

Los primeros avances en la automatización de las técnicas microbiológicas vinieron con diversos sistemas, todos ellos con un funcionamiento básico parecido, pero con diferencias técnicas marcadas. En todos los casos se reciben las cargas de trabajo solicitadas a través de un sistema de gestión del trabajo del laboratorio, correctamente identificadas por número de petición y datos del paciente. Posteriormente a la finalización completa del programa, que suele durar menos de 24 horas y puede requerir pruebas complementarias (como la hemólisis, tipo de pigmentación, movilidad, citocromo-oxidasa, catalasa, etc.), el facultativo del Servicio de Microbiología debe validar los resultados, que suelen enviarse de forma telemática al sistema de gestión del laboratorio, que a su vez lo remite al médico solicitante de la determinación.

Estos equipos permiten la identificación bacteriana y realizan el estudio de la sensibilidad de las bacterias aisladas mediante el cálculo de la Concentración Mínima Inhibitoria (CMI), que el propio sistema traduce en términos de categoría de uso clínico, en sensible (S), Intermedio (I) o Resistente (R). Para ello, poseen unos paneles de reactivos con diversos sustratos en los que se realizan pruebas para la identificación, o diversas concentraciones de antibióticos para el antibiograma.

Además, todos ellos incorporan un software al que denominan «experto», que aplica al resultado final de las pruebas una serie de logaritmos lógicos o reglas programadas, siguiendo las recomendaciones del Clinical and Laboratory Standard Institute (CLSI), con el fin de facilitar el reconocimiento de los aislados identificados, dando consejos taxonómicos y advirtiendo de resultados poco probables o imposibles (Navas, 2009).

Existen en el mercado varios de estos sistemas, siendo los más usados los siguientes:

VITEK 2® (BioMérieux, Francia), dispone el sistema experto Advance Expert System™ como programa de interpretación de los resultados, y está basado en la detección del metabolismo microbiano (Sorlózano, 2005), aportando la información de:

- Validación automática de resultados, mediante una constante verificación de las pruebas de identificación y antibiograma.
- Identificación de 101 especies bacterianas de todo tipo en 2-3 horas y 51 especies de levaduras y organismos afines en 15 horas.

- Valores interpretados de CMI.
- Resultados orientados hacia la detección de mecanismos de resistencia, incluyendo los fenotipos inusuales.
- Prevalencias de mecanismos de resistencias en distintos microorganismos.
- Resultados deducidos para cumplir con requerimientos clínicos específicos.
- Base de datos con 100.000 referencias y más de 2.000 fenotipos de CMI.

WIDER® (Francisco Soria Melguizo, España) dispone de una cámara fotográfica de alta resolución que obtiene una imagen de los paneles de microdifusión usados para la identificación y el estudio de sensibilidad de bacterias. Después de la digitalización de la imagen, el sistema genera automáticamente la identificación de la bacteria y su perfil de sensibilidad, que dependen del análisis del crecimiento y de los cambios de color en los pocillos de identificación, y de la interpretación de la presencia de crecimiento a diferentes concentraciones de antibióticos, mediante la determinación de la CMI como la concentración más baja de ausencia de crecimiento del microorganismo en los pocillos con diferentes concentraciones del antibiótico (Cantón, 2005).

La visión directa de las imágenes de las distintas pruebas por el facultativo, hace de este método el ser muy apreciado en los laboratorios, ya que el proceso puede ser controlado y dirigido en todo momento.

MICROSCAN WALKAWAY® (Siemens, Alemania), utiliza microplacas de 96 pocillos independientes para la identificación y las pruebas de sensibilidad, haciéndola lectura por turbidimetría, colorimetría o fluorimetría. Requiere más reactivos adicionales que los anteriores, y la lectura se hace entre las 2 y las 18 horas de iniciado el proceso. El sistema de procesado de datos se denomina LabPro y dispone de un sistema de alertas con 300 normas distintas que informan al usuario de cualquier incidencia que haya podido detectar, y un programa de vigilancia epidemiológica que permite informar de la sensibilidad de todos los microorganismos aislados en un período de tiempo, de la sensibilidad de una bacteria a lo largo de los últimos meses, de los aislados en un determinado tipo de muestra en el servicio solicitado, o de la evolución temporal de su sensibilidad a los quimioterápicos (Sader, 2009).

BD PHOENIX® (Becton-Dickinson, Estados Unidos) utiliza bandejas de poliestireno con 136 pocillos, 51 para las pruebas bioquímicas y enzimáticas de identificación, y una segunda zona con 85 pocillos para las pruebas de sensibilidad a los antibióticos por la técnica de diluciones dobles seriadas, al menos con tres concentraciones para cada uno de ellos. La lectura se hace por medio de colorimetría, colorantes-redox y fluorimetría. Los resultados se obtienen a las 5-7 horas para las bacterias grampositivas y a las 6-12 horas para las gramnegativas (Junkins, 2009).

OMNILOG® (Biolog Inc., Estados Unidos) usa microplacas de 96 pocillos y posee una muy amplia base de datos. Está basado en la utilización, oxidación y producción de nicotinamida-adenin-dinucleótido reducido, de 95 distintos sustratos, lo que se mide por la reducción del colorante redox violeta de tetrazolio. Aunque diseñado para la identificación de bacterias ambientales, colonizadoras de alimentos y otras procedencias, es también de utilidad para los laboratorios de microbiología clínica (Morgan, 2009).

SENSITITRE® (AccuMed, Estados Unidos) es otro sistema automatizado para la inoculación y lectura de las placas de identificación y susceptibilidad en términos de CMI, basado en la tecnología de fluorescencia (Luna, 2007).

Un paso posterior fue la aparición del *Septifast*, en cuyas pruebas experimentales trabajamos junto con otros 6 hospitales españoles y portugueses. Se trataba de la investigación, mediante técnicas de ADN, de la identificación de los 25 microorganismos principales productores de septicemias, diecinueve bacterias grampositivas y negativas, y seis levaduras. La finalidad era dar resultados ante estos graves cuadros clínicos, antes de las 24-48 horas de obtener un hemocultivo positivo.

Pero un nuevo método se ha incorporado últimamente a las técnicas de nuestro laboratorio, que representa un avance muy importante en la rapidez y precisión del diagnóstico microbiológico para los enfermos críticos (Eigner, 2009. Song, 2009).

La Espectrometría de Masas es una técnica de análisis empleada para identificar compuestos desconocidos, cuantificar compuestos conocidos y para elucidar la estructura y propiedades químicas de moléculas. Se trata de una técnica muy sensible que puede llevarse a cabo con cantidades muy pequeñas de muestra.

El Espectrómetro de Masas es un instrumento en el que se produce la separación de especies moleculares (y atómicas) de la muestra, según su masa. El resultado es el Espectro de Masas; un gráfico en el que se representan los fragmentos obtenidos por orden creciente de masas, indicando su abundancia relativa. Este perfil generado es específico de cada compuesto, permitiendo de este modo la identificación del compuesto mediante comparación con una base de datos.

Un espectrómetro de masas contiene las siguientes partes:

- Una fuente de ionización que proporciona la energía necesaria para producir la ionización (carga eléctrica) y volatilización de la muestra.
- Un analizador de masas para separar y acelerar los iones producidos utilizando un campo eléctrico para acelerar los iones producidos, así como separarlos en función de su masa.
- Un detector de iones que registra los iones que van llegando y transfiere esta información a un sistema informático para procesar los datos.

El MALDI-TOF utiliza una técnica de espectrometría de masas de ionización suave que permite detectar moléculas termolábiles (como son las proteínas microbianas) de forma intacta.

Se denomina MALDI por sus siglas en inglés: Matrix Assisted Laser Desorption/Ionization (Desorción/Ionización por Láser Asistida por Matriz). Hace referencia al tipo de fuente de ionización, un láser, y en el proceso se utiliza una «Matriz» constituida principalmente por un ácido orgánico. Las siglas TOF hacen referencia al analizador de masas, cuyo nombre procede también de sus siglas en inglés Time of Flight (Tiempo de Vuelo).

La muestra, por ejemplo una colonia bacteriana, se coloca sobre una placa de acero y se mezcla con una solución de la matriz y se irradia con un láser. La matriz (solución saturada de ácido alfa-ciano-4-hidroxicinámico en acetone al 50% y ácido trifluoroacético al 2,5%) funciona como un transmisor, transfiriendo la energía necesaria para la ionización del láser a las moléculas de la muestra y debe elegirse de forma que la mezcla muestra-matriz cristalice de forma homogénea, para garantizar una resolución óptima del espectro. Además, se emplea esta matriz para proteger a la muestra de un exceso de energía del láser que podría «quemarla».

Durante el proceso de preparación de la muestra, se produce la ruptura de la pared bacteriana y se liberan las proteínas contenidas en el citoplasma microbiano. La placa metálica con la muestra-matriz se analiza por Espectrometría de Masas MALDI-TOF; se irradia esta preparación con el láser, en condiciones de alto vacío. La matriz absorbe esta energía y la transfiere a la muestra, provocando su ionización, con lo que las proteínas quedan así cargadas eléctricamente.

El área irradiada de unas pocas micras, se calienta dando lugar a la desorción (volatilización o paso de sólido a gas) de las moléculas ionizadas. Las proteínas se liberan en una forma ionizada de la superficie de la placa y quedan por encima de la misma formando una nube. Un campo eléctrico acelera las proteínas ionizadas, en condiciones de vacío, que «vuelan» hacia el detector.

Las proteínas más pequeñas son aceleradas a mayor velocidad que las proteínas más pesadas y el «tiempo de vuelo» es proporcional a su masa. En el detector se genera el perfil o huella química específica de esa muestra. Las huellas de fragmentación (*fingerprints*) son específicas de cada microorganismo y se comparan con una base de datos para realizar la identificación.

La base de datos posee más de 3.500 entradas y permite una constante actualización, ya que se pueden incluir nuevas cepas por el usuario, identificando **bacterias** (grampositivas, gramnegativas, anaerobios, no-fermentadores y micobacterias), **levaduras** y **hongos** (*Candida* spp., *Fusarium* spp. y dermatofitos). Además permite el análisis simultáneo de hasta 96 muestras en una hora, dando los primeros resultados en minutos.

En resumen es una técnica rápida, sencilla, fiable y reproducible, que no precisa test preliminares, la preparación de la muestra es mínima y la lectura e interpretación son inmediatas.

Las ventajas sobre los otros métodos son múltiples, tanto con respecto a las pruebas bioquímicas clásicas (muy lentas y menos fiables), como frente a los métodos rápidos de látex (que requieren antígenos específicos de cada microorganismo). En lo referente a los métodos de biología molecular, como la reacción en cadena de la polimerasa o PCR, hasta ahora lo más moderno en identificación, este nuevo método posee las siguientes ventajas microbiológicas:

- Es un único sistema para múltiples microorganismos. La PCR necesita de distintos kits para identificar diferentes microor-

ganismos, requiere seleccionar el kit con el que se va a trabajar, por lo que demanda un conocimiento presuntivo del patógeno. Y en caso de error se malgasta tiempo de trabajo y dinero.

- No es necesario tener zonas diferenciadas de trabajo, pues en las técnicas de PCR son necesarias tres zonas de trabajo, de extracción, amplificación y detección.
- La técnica es independiente de inhibidores presentes en la muestra.
- Además esta técnica no plantea problemas con fechas de caducidad de reactivos, falta de stock o falta de espacio en el laboratorio.

Tres marcadas ventajas clínicas, sobre todas las demás hasta ahora citadas:

El estudio con el espectrómetro de masas puede hacerse desde una colonia microbiana obtenida en cultivo puro, pero también desde un hemocultivo, orina o líquidos serosos como el cefalorraquídeo (en estos casos previa centrifugación). Ello es de gran interés en pacientes críticos.

En segundo lugar, la rapidez del diagnóstico en minutos permite orientar un tratamiento empírico más dirigido y eficaz, mientras se dispone de los datos del antibiograma

Y por último, el importe de la esta técnica comparada con las anteriormente usadas, podría parecer superior, pero si realizamos un breve cálculo del ahorro que representa avanzar un diagnóstico 48-72 horas en una Unidad de Cuidados Intensivos, donde el gasto por paciente cama-día en el momento actual es superior a los 1900 euros, esta técnica ahorra importantes costes de hospitalización, sin contar los gastos intangibles del enfermo en una UCI, o incluso la vida del sujeto en casos de actuación urgente o muy grave.

La utilización de la espectrofotometría de masas tiene además un futuro importante en los laboratorios de Microbiología, y ya se han diseñado detecciones inmediatas de *Staphylococcus aureus* meticilin resistentes o bacterias productoras de betalactamasas de espectro ampliado, lo que permitirá practicar tratamientos precoces más eficientes en los enfermos en los que se detecten.

BIBLIOGRAFIA

- JUNKINS, AD., LOCKHART, SR., HEILMANN, KP., DOHRN, CL., VON STEIN, DL., WINOKUR, PL.: «BD Phoenix and Vitek 2 detection of mecA-mediates resistance in *Staphylococcus aureus* with cefoxitin». *J Clin Microbiol* 2009; 42: 2879-2882.
- CANTÓN, R., PÉREZ-VÁZQUEZ, M., OLIVER, A., SÁNCHEZ, B., GUTIÉRREZ, MO., MARTÍNEZ-FERRER, M.: «Evaluation of the Wider system, a new computer assisted image-processing device for bacterial identification and susceptibility testing». *J Clin Microbiol*, 2000; 38: 1339-1346.
- EIGNER, U., HOLFELDER, M., OBERDORFER, K., BETZ-WILD, U., BERTSCH, D., FAHR, AM.: «Performance of a matrix-assisted laser desorption ionization-time-of-flight mass spectrometry system for the identification of bacterial isolates in the clinical routine laboratory». *Clin Lab* 2009; 55: 289-296.
- FRANCISCO SORIA MELGUIZO: «Guía rápida MALDI Biotyper». Instrucciones del equipo. Madrid, 2009.
- LUNA, VA., KING, DS., GULLEDGE, J., CANNONS, AC., CATTANI, J.: «Susceptibility of *Bacillus anthracis*, *Bacillus cereus*, *Bacillus mycoides*, *Bacillus pseudomycoloides* and *Bacillus thuringiensis* to 24 antimicrobials using Sensititre automated microbroth dilution and E-test agar gradient diffusion methods». *J Antimicrob Chemother.* 2007; 60: 555-567.
- MORGAN, MC., BOYETTE, M., GOFORTH, C., SPERRY, KV., GREENE, SR.: «Comparison of the Biolog Omnilog Identification System and 16S ribosomal RNA gene sequencing for accuracy in identification of atypical bacteria of clinical origin». *J Microbiol Methods*, 2009; 79: 336-343.
- NAVAS, PM.: «Propuesta de una guía electrónica de resistencias bacterianas locales como estrategia para la optimización de los tratamientos antibacterianos empíricos». Tesis Doctoral. Universidad de Granada. 2009.
- SONG, F., DRANCOURT, M., GOURIER, F., LA SCOLA, B., FOURNIER, PE. y col.: «Ongoing revolution in bacteriology: Routine identification of bacteria by matrix-assisted laser desorption ionization time-of-flight mass spectrometry». *Clin Infect Dis*, 2009; 49: 543-551.
- SORLÓZANO, A., GUTIÉRREZ, J., PIÉDROLA, G., SOTO, MJ.: «Acceptable performance of VITEK 2 system to detect extended-spectrum beta-lactamases in clinical isolates of *Escherichia coli*: a comparative study of phenotypic commercial methods and NCCLS guidelines». *Diagn Microbiol Infect*, 2005; 51: 191-193.
- SADER, HS., FRITSCH, TR., JONES, RN.: «Accuracy of three automated systems (MicroScan WalkAway, VITEK and VITEK2) for susceptibility testing of *Pseudomonas aeruginosa* against five broad-spectrum beta-lactam agents». *J Clin Microbiol*, 2006; 44: 1101-1104.

INTERVENCIONES

Prof. García-Sancho

No tengo por menos que levantarme para felicitar al primer conferenciante de la tarde por lo interesantísimo de su comunicación, y hablo desde el punto de vista de un clínico quirúrgico que se enfrenta a estos problemas con muchísima frecuencia y evidentemente la diferencia entre conocer el resultado 48 horas como mínimo después de la toma de una muestra o conocerlo en unos minutos, muchas veces es la diferencia entre la vida y la muerte del paciente. Así de claro o así de dramático. Entonces me parece que es una aportación de un extraordinario valor, para en lugar de hacer lo que veníamos haciendo en muchas ocasiones, un tratamiento empírico de una determinada infección por el carácter de la muestra, por la experiencia del cirujano, por la microbiota del propio hospital, etc. Es un procedimiento de extraordinario valor para dar el tratamiento adecuado y únicamente se me ocurre que, por ejemplo en las infecciones polimicrobianas que vemos con tanta frecuencia en cirugía, yo hablo de mi especialidad claro, ¿el diagnóstico es tan rápido como cuando se trata de una infección monomicrobiana?. Y en segundo lugar, cuando se trata de muestras purulentas, que los cirujanos abdominales vemos con mucha frecuencia, ¿el procedimiento es tan válido como con otras muestras en líquidos más claros?. Reitero mi felicitación porque me parece de un interés extraordinario lo que nos ha comunicado esta tarde el Prof. Piédrola. Gracias.

Prof. Rey Calero

Quiero ante todo felicitar al Prof. Piédrola por el tema que nos ha traído, que supone una profunda revolución en los tiempos de detección de los problemas infecciosos, parte de la Sensibilidad (S), Especificidad (E), y Rapidez de la *espectrofotometría de masas* a pesar de las dificultades que puedan plantear las *coinfecciones simultáneas* y el trabajo en perfiles, o la presencia de *comensales o colonizadores*. Lo que ha cambiado totalmente el diagnóstico bacteriológico, donde tantas veces había que esperar días y semanas en estos procesos y en los Antibiogramas como en las *Mycobacterias* etc.

Siempre estuve interesado en lo que supuso la *cromagrafía de gases*, que nos revelaban los ácidos grasos de cada especie aplicados

a los anaerobios, sobre todo no esporulados como *Bacteroides*, *Fusiformis*, etc, permitiendo realizar los patrones de las diferentes especies. Aprovechando el alto contenido lípido de las Mycobacterias establecer sus patrones, lo que supuso que cuando encontramos uno diferente, lo denominamos *Mycobacteriumgadium*, lo que nos permitía una cierta innovación.

Sobre la rapidez, ya era importante el detectar marcadores específicos, como en las infecciones invasivas por neumococo cuando aparece en la orina un polisacárido C del mismo a los 15 minutos y ello con una S de 82 y E de 97 % como también para *Legionella* el antígeno urinario con S de 74 y E de 98 o99, en unos 15 minutos.

Con las Técnicas de PCR en tiempo real, Inmuncromatografía como el MPT 64 para Mycobacterias, o el Inmuno análisis enzimático u óptico también con S de 70 a 90 y E de 96 se pueden lograr resultados en 20 minutos, así como con la CIE (Contra Inmuno Electroforesis), etc.. No hay duda que con el espectrómetro de masas los resultados son extraordinariamente interesantes en la precisión S y E, y rapidez.

Le felicito pues, por tan interesante comunicación.

Prof. Domínguez Carmona

Muchas gracias Sr. Presidente y enhorabuena, como no podía ser de otro modo, para felicitar al Prof. Piédrola por la conferencia que nos ha dado esta tarde; ha sido verdaderamente extraordinaria, el enseñarnos, el abrirnos, el nuevo campo de la microbiología. Lo he escuchado con admiración, con envidia y al mismo tiempo con tristeza, porque los que hemos estado acostumbrados a llevar la bata blanca y usar el asa de platinum, estábamos acostumbrados a obtener los medios de cultivo hirviendo carne, dando al laboratorio un olor a caldo, etc., hasta esto que es la bioquímica o mejor dicho la biotecnología, con los aparatos lo que nos da en gran parte el resultado, no cabe duda que hay que ir con el avance de los medios y que lo antiguo, antiguo está y adelante por supuesto. En la línea de lo que ha dicho el Prof. Gacía-Sancho, yo también he tenido la misma inquietud, cuando se trata de una mezcla compleja no vale, mejor dicho nos da simplemente el resultado de lo que es una colonia de una bacteria dada, cuando hay una mezcla, etc., entonces ya tiene que ser el ojo del microbiólogo el que vea tantos gérmenes de

esta categoría que fermentan, que no fermentan, que hemoliza, que no hemoliza, por lo tanto ahí nos queda también una especie de refugio de lo que ha sido la microbiología antigua. Y una pregunta: ¿hasta qué punto podrá detectar, ya me figuro que se podrá ver, meter en la matriz de datos, resultados nuevos, por ejemplo referentes a las modificaciones antigénicas que puedan ocurrir, variaciones antigénicas que en el caso de los virus es a parte, puesto que no se podrán utilizar virus que crecen en medios celulares, puesto que si no la complejidad de proteínas sería muy grande. Pero si por ejemplo en un medio en el cual, pensemos por ejemplo que se eliminan las células de un medio de cultivo en el cual se ha sembrado un virus de la gripe por ejemplo, en el cual queríamos saber, no qué es el virus de la gripe sino las características antigénicas, se podrá llegar a tener ese conjunto de datos que nos diga y nos sea capaz de detectar rapidísimamente las variaciones antigénicas de agentes como en el ejemplo que he puesto del virus de la gripe? Mi enhorabuena por supuesto al Prof. Piédrola.

Prof. Seoane Prado

Muchas gracias. La interesantísima y actualísima conferencia del Prof. Piédrola me sugiere dos preguntas, una desde el punto de vista de mi propia área química donde la cantidad de masa se inserta directamente y otra de lo que podríamos llamar el antibiograma automatizado o informatizado, qué fue la palabra técnica que ha explicado que ese término pudiera ser aceptable. Respecto a la tecnología de masas me parece una brillantísima aplicación de los dos conceptos específicos, uno químico y otro biológico, la absoluta unicidad respecto de masas de una molécula determinada y la completa especificidad de una proteína para un determinado organismo, de modo que une las dos especificidades química y biológica para una identificación en teoría infalible, cuando se tratase de muestras y varios de los clínicos han mostrado su preocupación por las poli-infecciones y la presencia de varias bacterias. A mi como químico me cabe pensar que no tiene que ser un problema irresoluble puesto que la espectrometría de masas permite trabajar también con mezclas de sustancias e identificar por lo menos el ion molecular de cada una de ellas. Si las proteínas se pueden identificar por lo menos por ion molecular y luego puede detectarse todas las rutas de

fragmentación de los iones intermedios no debería ser imposible, seguramente el software se complicaría más, identificar distintos microorganismos en una mezcla de varios, quizá ese sea el paso siguiente de esta técnica. Respecto a la otra técnica, lo que llamamos el antibiograma informatizado, ahí si hay menos automatismo y menos garantía, me parece a mi, desde el punto de vista de identificación porque al fin y al cabo se le pide al instrumento que utilice también el ojo en cierto modo como haría también el microbiólogo. Mi pregunta entonces en esta técnica va en cuanto a la garantía y el número de errores. Ninguna técnica es infalible. Hoy por ejemplo he leído un artículo donde se ha comparado una valoración de electrocardiogramas por el clínico y por un software, y el número de errores de detección de anomalía que comete el software es bastante menor que el que comete el clínico, cuando se le somete a un número muy grande de electrocardiogramas, ¿estaríamos aquí ante esta situación, se ha valorado el número de errores que se comenten en cada caso?. Muchas gracias.

CONTESTACIÓN DEL PROF. PIÉDROLA

Agradezco las palabras de los que han intervenido, y el interés que muestran por las muy modernas técnicas de detección de microorganismos.

Al profesor García Sancho decirle que esta técnica de diagnóstico por espectrometría de masas no ha resuelto aún la detección de infecciones polimicrobianas, por lo que hasta ahora debemos de realizar un previo aislamiento a partir de la muestra y estudiar después por separadas cada una de las colonias obtenidas. El profesor Seoane ha citado ya la posibilidad de trabajar en la espectrometría de masas con mezclas de sustancias e identificarlas. Con respecto a las muestras purulentas, es tal la cantidad y variedad de productos químicos que poseen, que sería imposible la aplicación correcta de esta técnica.

Como muy bien apunta el profesor Rey Calero llevamos muchos años luchando para disminuir los tiempos de identificación de bacterias en los laboratorios, y las técnicas de cromatografía de gases, enzimoinmunoensayo, PCR, contra inmuno electrophoresis, han sido avances muy importantes en este sentido.

La propuesta que hace el profesor Domínguez Carmona, de de-

tección de variaciones antigénicas del virus de la gripe, no se ha planteado aún con esta técnica. Hasta ahora se ha aplicado solo en bacterias y algunas levaduras, asiladas previamente en cultivos sintéticos. La presencia de proteínas víricas en un líquido de un cultivo celular vírico, quizás pueda realizarse en un futuro, pero no creo que aporte mayor velocidad que las modernas técnicas de ELISA, PCR en sus diversas variantes, etc.

Con respecto a la pregunta del Dr. Seoane Prado de detección de errores por la técnica de espectrofotometría de masas, todos los estudios que nosotros hemos realizado, la técnica clásica de identificación bioquímica e inmunológica ha comprobado la exactitud del método MALDI. Tanto es así, que ante dudas diagnósticas del laboratorio se utiliza esta técnica para corroborar o no las técnicas clásicas microbiológicas.

INDICACIONES CLÍNICAS DE LAS PRUEBAS DE RESISTENCIA EN LA INFECCIÓN VIH CLINICAL INDICATIONS FOR RESISTANCE TESTING HIV INFECTION

Por la Excma. Sr.^a D.^a M.^a DEL CARMEN MAROTO VELA

Académico de Número

Resumen

El tratamiento de la infección VIH presenta actualmente una serie de problemas, tales como: a) Capacidad de elección de los antirretrovíricos a utilizar (clásicos y nuevos); b) Estudio de la aparición de resistencias a los mismos (mecanismos moleculares de aparición de mutaciones frente a la transcriptasa inversa, la proteasa, la integrasa, o los antagonistas de CCR5); c) Coste elevado de los fármacos, así como de la realización de pruebas analíticas o encamación hospitalaria, que encarecen de forma palpable el tratamiento; d) Indicaciones clínicas de la realización de las pruebas de resistencia, es decir a quién y cuándo deben de realizarse; e) Interpretación de los genotipos de resistencia, bien de tipo clínico (interno, externo y cruzado), los fuzzy rules o reglas borrosas matemáticas, las redes neuronales (neurat net works) o las diferentes cohortes de resistencia basadas en el desarrollo de bases de datos.

Abstract

Treatment of HIV infection currently presents a number of problems such as: a) Capacity choice of antiretrovirals used (classic and new), b) study of the emergence of resistance to them (molecular mechanisms of emergence of mutations agains treverse transcriptase, protease, integrase and CCR5 antagonists), c) high cost of drugs, as well as analytical testing or hospital incarnation, so palpable that expensive treatment; d) Information clinical application of tests of resistance, ie to whom and when tobe performed; e) Interpretation of genotype resistance, good clinical type (internal, external and

cross), the fuzzy rules and fuzzy rules mathematics, neural networks (neural Networks) or the different cohorts of resistance based on the development of databases.

A lo largo de todos estos años les he venido presentando diferentes aspectos de la infección VIH, sobre todo en lo concerniente al diagnóstico desde el punto de vista genético, y hoy me voy a referir a los problemas del tratamiento, en relación a los fenómenos de resistencia.

Realmente dicho tratamiento sufre una serie de claroscuros que nos han llevado al éxito con un incremento de la expectativa de vida, debido al elevado número de fármacos existentes y a la posibilidad de terapias individualizadas; pero también, a la necesidad de una monitorización constante que ha elevado su coste.

A lo largo de estas exposiciones, vamos a tratar cuatro puntos: capacidad de elección del antirretrovírico (aar) a utilizar, estudio de la aparición de resistencias, indicaciones de cuándo y a quién hay que hacer ese estudio de las resistencias y, por último, la dificultad de interpretación de los genotipos de resistencia.

CAPACIDAD DE ELECCIÓN DE LOS ANTIRRETROVÍRICOS

Ya que, hasta este momento, no somos capaces de erradicar el virus como ocurre en otras infecciones víricas, es evidente que debemos tratar de cortar su capacidad de replicación en diversas partes de su ciclo (fig n.º 1): en el momento de entrada (inhibidores de la fusión o antagonistas de los receptores CCR5); actuando sobre la transcriptasa inversa para impedir su paso de ARN a ADN; en su capacidad de integración en el genoma de la célula (inhibidores de la integrasa) o impidiendo su maduración (inhibidores de la proteasa). A todo esto se añade el problema de la escasa fiabilidad, variabilidad y adaptabilidad de la transcriptasa inversa, que da lugar a graves cambios en el virus, así como a la altísima dinámica de replicación del mismo, con una producción diaria de un elevado número de replicación de 10^9 ciclos diarios, y una elevada probabilidad de aparición de mutaciones, de tal manera que en un sólo día aparecen nuevos virus distintos, aunque muy relacionados entre sí (cuasiespecies).

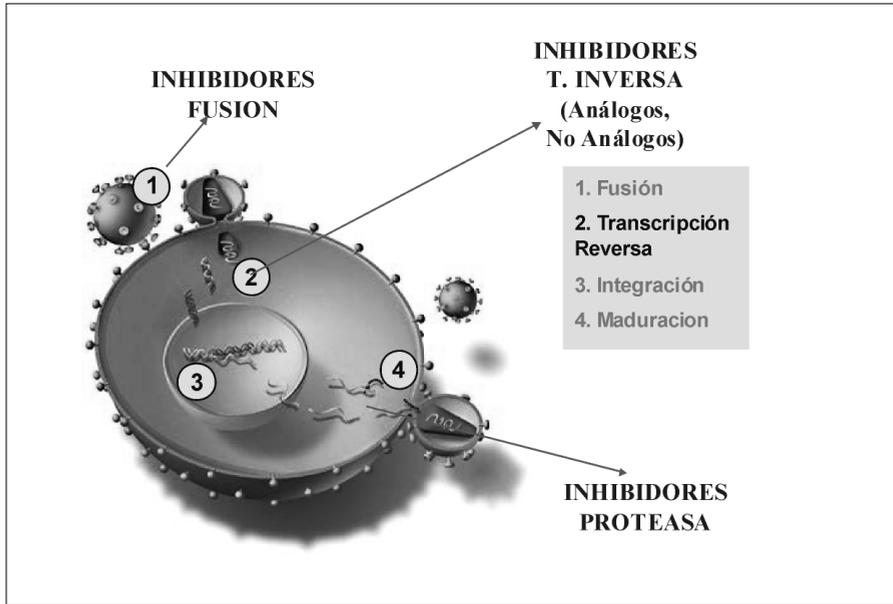


FIGURA 1: Antirretrovíricos según acción en el ciclo vírico.

Además de esta clasificación de los AAR según su mecanismo de acción, podemos dividirlos, según su aparición en el tiempo, en clásicos y nuevos. Dentro de los primeros se encuentran los inhibidores de la transcriptasa inversa análogos y no análogos de nucleosidos (ITIAN e ITINAN), los inhibidores de la proteasa (IP), y los inhibidores de la fusión o entrada, conocidos como T_{20} , aunque ya casi no se utilizan. Y dentro de los nuevos, los inhibidores de la integrasa (II) de primera y segunda generación, (estos últimos en estudio), los antagonistas de los correceptores CCR_5 (18) (algunos igualmente en fase de experimentación), los anticuerpos monoclonales frente a estos receptores (que presentan diferentes mecanismos de acción) y los antagonistas de $CXCR_4$ (que de momento presenta una menor eficacia y una mayor toxicidad) (20).

De todos existe una gran variedad, pero lo importante es la necesidad de combinación entre ellos, siguiendo las normas citadas por algunos autores (25) en lo que se denominó TARGA (terapia antivírica de gran actividad). Siempre sin olvidar que habrá que tener en cuenta, antes de aplicar esa terapia intensa, el estudio de otros factores como el número de linfocitos CD_4 , la cuantificación de la car-

ga vírica (que nos indicará la mayor o menor replicación del virus), y la comorbilidad con otros procesos que tenga el paciente, como afecciones por VHB, VHC, CMV, así como la existencia de afecciones cardiovasculares, nefropatías, etc.

ESTUDIO DE LA APARICIÓN DE RESISTENCIAS

Desde el punto de vista epidemiológico se han llevado a cabo numerosos estudios en el mundo, pero cuyos resultados dependen de muchos factores, tales como que sean pacientes recientemente infectados y, por supuesto, no tratados, pacientes naive (19), en los cuales el momento de la infección es más antiguo, pero que tampoco han recibido tratamiento, o en pacientes ya tratados repetidas veces. En los dos primeros, en los cuales no deberían aparecer fenómenos de resistencias ésta se debe a la transmisión de un virus que ya portaba mutaciones en el momento del contagio a partir de un individuo infectado.

En los pacientes recientemente infectados, la resistencia es, en general, más alta en Europa y Norteamericana. Es más elevada en homosexuales si además presentan una enfermedad de transmisión sexual, y más baja en heterosexuales si se han infectado en un país subdesarrollado (donde los virus infectantes son menos resistentes) (2). En los pacientes naive (22) los porcentajes de resistencia son también muy variados. Europa presenta un 6-17%, sobre todo a expensas de ITIAN, Norteamérica entre 10-19%, sobre todo a ITINAN y, en general, podemos decir que se encuentra alrededor del 10% con una escasa multiresistencia a varios fármacos. En los pacientes ya tratados repetidas veces, los fenómenos de resistencia son aun mayores, ya que en ellos existe una probabilidad que varía entre un 76-90% de adquirir una nueva mutación. Por otra parte, sabemos que la disminución del número de mutaciones está relacionada con el cambio en los tratamientos antirretrovíricos (15,16). Como ejemplo de transmisión de resistencias y multiresistencias en cinco continentes (12), la figura n.º 2 presenta las diferencias existentes entre los primeros fármacos aparecidos (ITIAN e ITINAN), así como los inhibidores de la proteasa (IP) según diferentes países más o menos desarrollados.

Efectos similares encontramos en los más modernos, de los cuales conocemos cuáles son las mutaciones producidas. Por ejem-

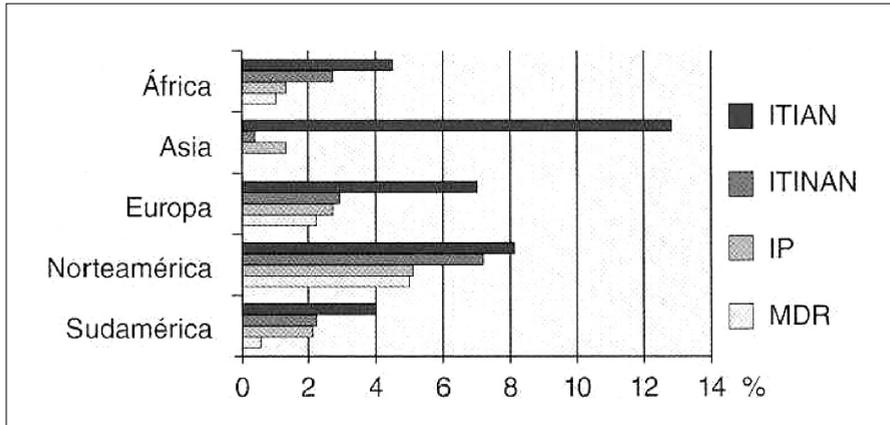


FIGURA 2: Resistencias según continentes y antirretrovíricos.

plo, en un inhibidor de la integrasa, el Raltegravir, sabemos que la selección de una histidina en posición 155 produce un 40% de pacientes en fracaso, la selección de diferentes mutaciones en la posición 144, produce un 29%, y la selección de cambios en la 143, un 6% de dichos fracasos (7, 24).

A la vista de estos datos, podemos sacar una serie de conclusiones en relación a los estudios epidemiológicos de las resistencias, que serían: Existe una tendencia a disminuir las resistencias adquiridas a ITIAN e IP; los resultados varían según la metodología de estudio empleada, así como de las áreas geográficas en que se producen; la prevalencia en infecciones recientes y naïve se sitúa alrededor del 10% y, como es lógico, de todo ello se deduce la necesidad de una vigilancia exhaustiva en cada país, conseguir una carga viral indetectable y utilizar combinaciones de fármacos.

INDICACIONES PARA LA REALIZACIÓN DEL ESTUDIO DE LOS FENÓMENOS DE RESISTENCIAS

Como en todos estos aspectos el problema para establecer a quién y cuándo se deben de llevar a cabo dichos estudios es tan complejo, existen paneles de expertos capaces de elaborar toda una serie de recomendaciones, de los cuales citamos sólo algunos: International AIDS Society, Department of Health and Human Services, Panel

Europeo de Resistencias a Antirretroviricos, GESIDA (Sociedad Española de Microbiología y Enfermedades Infecciosas), Plan Nacional sobre el SIDA y Plan del Servicio Andaluz de Salud.

En las tablas 1 y 2, aparecen reflejadas las indicaciones llevadas a cabo por el Panel de Expertos GESIDA y por el Servicio Andaluz de Salud. En ellas, como se puede comprobar, las indicaciones son muy similares, manteniendo siempre la diferencia según sean individuos sin tratamiento previo, o en pacientes ya pretratados.

De forma global, podemos establecer unas indicaciones generales de carácter común, independientemente de las citadas anteriormente, en las que se tendrán en cuenta los siguientes puntos: se realizarán siempre que exista un fracaso virológico; cuando aparezcan cepas mutantes a un fármaco, lo conveniente sería eliminar éste del tratamiento y, por último, en caso de fracasos virológicos, es recomendable, además, estudiar si existe una falta de adherencia al tratamiento por parte del paciente o si puede haber algunos problemas farmacológicos añadidos, tales como la presencia de trastornos en la absorción del aar o la imposibilidad de alcanzarse niveles suptimos del mismo, que impidan su acción completa.

TABLA 1

*Indicaciones de las pruebas de resistencia a los antirretrovíricos
(GESIDA, 2008)*

<p>A. Pacientes sin tratamiento previo</p> <ul style="list-style-type: none"> Al inicio del seguimiento Infección aguda por el VIH Mujeres embarazadas Profilaxis postexposición (caso fuente) Pacientes que van a iniciar TAVR (si no se dispone de estudio previo) <p>B. Pacientes pretratados</p> <ul style="list-style-type: none"> En todos los fracasos Todos deberían tener un estudio al iniciar el tratamiento Se podrían incluir en el cribado inicial
--

TABLA 2 <i>Indicaciones de las pruebas de resistencia a los antirretrovíricos (SAS, 2008)</i>
A. Pacientes sin tratamiento previo Naive, que vayan a recibir tratamiento I. primaria / Diagnóstico reciente de VIH Profilaxis postexposición ocupacional Mujeres embarazadas B. Pacientes en tratamiento con fracaso virológico

INTERPRETACIÓN DE LOS ESTUDIOS DE RESISTENCIAS

De todo lo dicho, es evidente que depende de los clínicos la elección del nuevo aar a utilizar; de los microbiólogos, la realización de técnicas de Biología Molecular adecuadas para el estudio de la aparición de las resistencias, y de los epidemiólogos la confección de los datos que nos permitan conocer su difusión. Pero además, existe un punto, que es la interpretación de esos resultados obtenidos por la nueva tecnología, que es extremadamente compleja, y que requiere la aparición de nuevas especialidades o aspectos relacionados con la informatización. Pero, sobre todo, la formación de grupos de trabajo capaces de aunar estos esfuerzos.

Realmente, para interpretar los fenómenos de resistencia a los aar se necesitan llevar a cabo estudios del genotipos y mutaciones del virus (17). Se necesita comparar las nuevas mutaciones aparecidas con cepas previas de referencia, y resumir esas comparaciones en mecanismos almacenados en bases de datos (denominados algoritmos) (16, 13). Y todo ello, como es lógico, compararlo con las variaciones de la respuesta virológica del virus y la clínica del paciente.

El valor de estos algoritmos es excepcional, pero siempre sin olvidar que frecuentemente existen discrepancias entre los mismos dependiendo del tipo de aar utilizado (escasos en ITINAN y dispares en ITIAN e IP), y del subtipo del virus. Este hecho influye de manera importante, ya que la cepa de referencia con la que se compara el virus a estudiar es casi siempre del subtipo B (26,10). Por ello, aquellos países con una baja prevalencia de no-B, por ejemplo USA no se ven muy afectados, pero sí puede haber diferencias con otros países en los cuales dichos subtipos no-B estén sufriendo un

incremento. Las mayores discrepancias aparecen si los subtipos son el D y el K.

Para realizar de forma correcta esta valoración en la interpretación de las resistencias podemos recurrir a varios procedimientos (8).

1. Valoración clínica, que nos marcará la capacidad de predicción de resistencias en la clínica. Se puede llevar a cabo de forma externa (mediante su aplicación a distintos tipos de poblaciones), o interna si no existe más que una población para validar (bien cruzada con una muestra grande utilizando dos conjuntos, o de remuestreo en muestras pequeñas).
2. Fuzzy rules o redes difusivas, mediante la utilización de aproximaciones matemáticas para representar el conocimiento que se ve afectado por la incertidumbre. Esas aproximaciones se expresan mediante valores entre el 0 y el 1 (9).
3. Neural networks o redes neuronales. Son sistemas de cálculo semejantes a redes neuronales (nodos interconectados), cuyos nodos reciben información y la envían a otros nodos (27). Este mismo método es muy aplicado en otras partes de la Medicina, existiendo numerosas publicaciones sobre el mismo.
4. Utilización de Cohortes de Resistencias, formadas por diferentes grupos de investigación, que, mediante bases de datos, combinan los suministrados por la clínica y el diagnóstico. Existe una gran variedad de ellos, de los cuales sólo citamos algunos: 3 internacionales, HIV Resistance Response Data Base Initiative (14), Forum for Collaborative HIV Research (11), Antirretroviral Resistance Cohort Analysis (3), uno nacional, Cohorte RIS (6) y otros, tales como Stanford HIV Drug Resistances (23), Los Alamos National Laboratories (15), Agence Nationale Sur de SIDA (1) y British Association (4).

Como hemos visto, hemos tratado diferentes puntos, todos ellos mucho más extensos de lo que aquí hemos expuesto, pero que, aun así, hemos tratado de resumir en unas breves conclusiones. Estas, a modo de esquema, y que nos pueden ayudar a mejorar el tratamiento de nuestros pacientes VIH, son las siguientes:

- Es necesario conocer a fondo el arsenal terapéutico que, además, se está renovando constantemente.
- Es necesaria la realización del estudio de los fenómenos de resistencia a los AAR.

- Es necesaria una vigilancia individualizada de cada paciente y del propio país.
- Es inconcebible un tratamiento actual sin la realización y manejo de las más modernas tecnologías, tanto de carácter genético, como informático.

BIBLIOGRAFIA

1. Agence National de Recherches sur le SIDA; www.hivfrenchresistance.org
2. ÁLVAREZ, M.; GUILLOT, V.; CHUECA, N.; GARCÍA, F.: Epidemiología de las resistencias a los antirretrovirales en Resistencias a los antirretrovirales. VIH Aspectos prácticos y clínicos. Publicaciones Permanyer. 2009.
3. Antiretroviral Resistance Cohort Analysis; www.hivarc.net/hiv_resistance.asp
4. British HIV Association; www.bhiva.org
5. Cohorte RIS; www.retiscris.net
6. COOPER DR. GALELL J., ROCKSTRAH J. for the BENCHMARK-1 Study Group 48 week results from BENCHMARK-1 a Phase III Study of Raltegravir in Patients Failing Antiretroviral Therapy (ART) with Triple class Resistant HIV-1 15th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections. 2008 Boston; abstract 788.
7. DE LUCA, A. and PERNO, CF.: «Impact of different HIV resistance interpretation by distinct systems on clinical utility of resistance testing». *Curr Opin Infect DIS* 2003; 6: 573-580.
8. DE LUCA, A.; VENDITTELLI, M.; BELDINI, F.; DIGRAMBENEDETTO, S.; TROTTA, MP.; CINGOLANI A.: «Construction, training and clinical validation of an interpretation system for genotypic HIV-1 drug resistance based on fuzzy rules revised by virological outcomes». *Antivir Ther* 2004 b; 583-593.
9. DESCAMPS, D.; MONTES, B.; CHAIX, M.: «Prevalence of resistance mutations in antiretroviral-naïve chronically HIV infected patients in 2006/2007: a french nationwide study». En *Program and Abstract of the XVII International HIV Drug Resistance workshop*, 2008. Sitges. España. Antiviral Therapy 2008; 13 suppl 3; A151 \ abstract 140.
10. Forum for collaborate HIV Research; www.hivforum.org
11. FRENTZ, D.; VAN DE VIJVER, D.; WENSING, A.; BROWLES, E.; BOUCHER, C.: «Worldwide comparison of mutational patterns in studies on transmission of drug resistant HIV-1 across the world uptake on WATCH». En *Program and abstract of the 6th European Drug Resistance workshop*, Budapest. 2008 (abstract 4).
12. GARCÍA, F.; PALOMARES, J. A.; MARTÍNEZ, N. M.; ÁLVAREZ, M.; SUÁREZ, S.; GARCÍA, F.; RODRÍGUEZ, J.; HERNÁNDEZ-QUERO, J.; MAROTO, M. C.: «Study of different systems for interpreting results of genotypic antiretroviral drug resistance tests». *Antivir Therapy* 2003, 8: 77-78.
13. HIV Resistance Database Initiative; www.hivrdi.org
14. Los Alamos National Laboratories; www.hiv.lanl.gov

15. MAROTO, M. C.; ÁLVAREZ, M.; GARCÍA, F.; MARTÍNEZ, N.; HERNÁNDEZ-QUERO, J.; PASQUAU, J.; GÁLVEZ, M.: «Interpreting tenofovir disoproxil fumarate (TDF) resistance; rule based algorithms or virtual phenotype». *43rd ICAAC Abstract*, Chicago, 2003 H-905.
16. MAROTO, M. C.: «Resistencias genotípicas del VIH», *Anal Real Academia Nacional Medicina*, 2007 Tomo CXXIV. Cuaderno 3º; 445-473.
17. MAROTO, M. C.: «Valoración del tropismo de la región V₃ del VIH por secuenciación. Importancia clínica y terapéutica». *Anales Real Academia Nacional Medicina*, 2009; CXXVI: 489-500.
18. Panel de expertos en GESIDA y Plan Nacional sobre el SIDA. Documento de consenso para el tratamiento antirretroviral en adultos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana. Enfermedades Infecciosas y Microbiología clínica. Elsevier Doyma. 2010; www.elsevier.es/esmic
19. POVEDA, E.; GARRIDO, C.: «Resistencia a nuevos antirretrovirales en Resistencias a los antirretrovirales». *Publicaciones Permanyer*, 2009.
20. *Reviews in Medical Microbiology*. 2003; vol. 4 n.º 1.
21. ROSS, L.L.; ORX, L.; WIRE, B.; VAVRO, C.; HORTON, J.; PAPP, K.: «Changes in regional prevalence, clade and epidemiology of HIV-1 drug resistance mutations and clade among antiviral therapy-naïve patients in the united states from 2000 to 2007». En *Program and abstract of the XVII international HIV Resistance workshop*, 2008, Sitges, España. Antiviral Therapy 2008; 83 suppl. 3; A151 (abstract 146).
22. Stanford HIV drug Resistance Database; www.hivdb.stanford.edu
23. STEIGBIGEL, R.; KUWAR, P.: Fron J, for the BENCHMARK-1 Study Group 48 week results from BENCHMARK-1 a Phase III Study of Raltegravir in Patients Failing Antiretroviral Therapy (ART) with Triple class Resistant HIV-1 15th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections. 2008 Boston; abstract 788.
24. The Sanford guide to HIV Therapy 2010 18th ed.
25. VAN DE VIJVER, D.: www.hiv.lanl.gov
26. WANG, D.; LARDER, B.: «Enhanced prediction of lopinavir resistance from genotype by use of artificial neural networks». *JID* 2003 ed; 188: 653-660.

INTERVENCIONES:

Prof. Suárez Fernández

En primer lugar quiero felicitar a la profesora Maroto porque la comunicación que nos ha expuesto es de un gran nivel y sobre todo de una gran oportunidad. Es un tema que yo en un tiempo lo seguí con responsabilidad y luego lo he seguido con curiosidad científica.

En la publicación que se hizo cuando yo pronuncié la conferencia de entrada en esta Academia sobre retrovirus animales y salud pública, hace 18 años, ya decía que la vacuna sería la única forma

eficaz de luchar contra la enfermedad. A principios de 2000, ya había una discusión muy fuerte sobre este tema, que ha sido defendida según sus distintas variantes y según diferentes autores.

No obstante, se sigue discutiendo, porque, en realidad, no se han obtenido unos resultados aceptables.

Todo es muy interesante pero lo único que se puede hacer hoy por hoy son aportaciones del tipo de las que nos ha hecho en esta comunicación la Prof^a. Maroto, así que enhorabuena.

Prof. Pérez Pérez

Yo también quiero felicitar a la profesora Maroto por esta magnífica exposición, y hacerle una pregunta que me preocupa: ¿Cuándo se descubre positivo en una embarazada qué se puede hacer?, es la pregunta tan simple, mi enhorabuena.

CONTESTACIÓN

— **Al Prof. Suárez Fernández:** Le quiero agradecer su intervención, porque me consta que es un verdadero entendido en el tema del VIH, en el que, como señala, ha trabajado desde hace tiempo. Estoy totalmente de acuerdo con él, en el hecho de la necesidad de fabricación de una vacuna. Realmente todos sabemos que para poder vencer una infección, la única forma real es la de poder vacunar a la población frente al agente etiológico responsable. Pero hoy por hoy, aunque se haya ampliado el espectro de búsqueda en la investigación con el tema de las vacunas preventivas, debemos seguir tratando a nuestros enfermos con un arsenal terapéutico amplio, así como controlando la resistencia de los antirretrovíricos.

— **Al Prof. Pérez Pérez:** Durante los años en los que no se realizaba el estudio de VIH en las mujeres embarazadas, éramos uno de los países que, desgraciadamente, teníamos más SIDA infantil. En el momento actual, llevarlo a cabo de forma rutinaria ha facilitado mucho el tratamiento temprano y, por tanto, la disminución del número de casos.

Según la guía terapéutica Antimicrobiana de 2010 la profilaxis perinatal de la infección VIH va a depender de que la paciente no

haya sido nunca tratada, de que, aún habiéndolo sido, presente una carga vírica indetectable, o de que se encuentren en el momento del parto sin haber sido nunca tratada. En el 1.^{er} caso, se recomienda AZT iniciado a partir del 2.^o trimestre. En el segundo, debe evaluarse los potenciales riesgos del tratamiento antirretroviral en el 1.^{er} trimestre, y siempre que sea posible debe incluirse AZT. En el tercero, se recomienda nevirapina o lamivudina según distintas pautas. En cualquiera de los casos, las madres deberán someterse a los controles normales de cualquier adulto infectado.

Tanto en el tratamiento de la madre como en el del niño, se deberá considerar si el virus de la madre es resistente a los diferentes antirretrovirales, necesitándose, en ese caso, la combinación de diferentes fármacos.

PALABRAS FINALES DEL SR. PRESIDENTE

Tan solo dos palabras para agradecer a los ponentes en el día de hoy, la profesora Maroto y el profesor Piédrola por las dos magníficas presentaciones que nos han hecho. Ha acabado la profesora Maroto hablando en un momento determinado del futuro y desgraciadamente es muy frecuente que cuando uno va cumpliendo años, como les habrá pasado a todos los Académicos aquí presentes, se les invita muy frecuentemente en algunos lugares, a que hablen del futuro dentro de su especialidad o de su experiencia.

Mi pensamiento es que desde el punto de vista científico deberíamos negarnos a hablar del futuro porque el futuro nos sorprende continuamente y lo que creemos que va a pasar, como cuando ha hablado de la vacuna del virus del VIH, pues resulta que aquello es una entelequia y que se ha quedado en nada, es decir hablar del futuro es hablar de nada. Podemos hablar del presente y ya tenemos bastante presente con la enorme cantidad de innovaciones y aportaciones que nos han hecho hoy la profesora Maroto y el profesor Piédrola.

La profesora. Maroto nos ha explicado una vez más, muy bien como es habitual en ella, cómo está la situación de la infección por VIH en este país, cómo tenemos más de 130.000 infectados y cómo un porcentaje todavía muy alto están sin diagnosticar.

También nos ha descrito cuál es la secuencia que los clínicos debemos tener presente a la hora de valorar a estos pacientes. Pri-

mero de la detección del mejor de los tratamientos de los muchos que ha explicado que hay y que los médicos tienen acceso a ello con independencia de que las guías clínicas nos llevan a utilizar aquellos que tienen unos mayores resultados. Posteriormente no ha hablado de las resistencias, que hoy día son fáciles de detectar, pero que hay que pensar en ella. La ayuda en este caso de los expertos como son los microbiólogos es fundamental y por eso la interacción clínica, en este caso con microbiología, hoy no puede ningún clínico estar fuera de ella. Igualmente nos ha pormenorizado perfectamente como debemos estudiar a estos pacientes, cómo los genotipos son la clave de esa medicina personalizada con la cual ella ha empezado su conferencia y que nos lleva indefectiblemente a una medicina personalizada. En fin toda una autentica lección de conocimiento y buen juicio como nos tiene acostumbrados la profesora Maroto.

El profesor Piédrola nos ha traído un tema estrella, un tema muy pionero en este momento en el mundo entero y en España. Nos ha hablado de un nuevo aparato que sus residentes dice que le llaman «maldito», de la misma forma que el «virus maldito», al que se ha referido. Y también nos ha hecho una exposición espectacular porque nos ha planteado dos problemas: uno ha sido el que ha planteado el propio profesor Piédrola y otro el problema que plantea lo que dice el profesor Piédrola que queda ahí en el aire y al que haré ahora referencia muy sucintamente. En primer lugar, cómo somos capaces de detectar inmediatamente cuál es la infección que tiene un paciente, algo verdaderamente revolucionario, es decir, si en esos seis, ocho, diez, quince minutos a que ha hecho referencia, se realiza un diagnóstico microbiológico y como a partir de ello podemos acometer y tratar inmediatamente a los pacientes.

Ha comentado también cómo además este tipo de tecnología tiene una enorme fiabilidad, una enorme sensibilidad, especificidad y sobre todo rapidez, o sea son cuatro virtudes que realmente podrían y de hecho «enloquecerán» a los clínicos y microbiólogos que disponen de este aparato, como es el caso de su Hospital.

La conclusión que uno saca, evidentemente si esto es así, es que el papel del clínico en esos seis minutos, ha cambiado de una forma radical. Normalmente y todos lo hemos estudiando en nuestros libros de patologías infecciosas, vemos cuales son las características clínicas que cada infección determinada puede originar en un paciente, y el clínico clásico hacía una historia, preguntando, explorando,

auscultando y finalmente decía «puede ser esto, puede ser lo otro».

Evidentemente cuándo llegue simplemente a hacer la tercera pregunta, con esta metodología ya tiene hoy día la respuesta de cual es el antibiótico que debe de poner en un determinado paciente. Por lo tanto es una revolución desde el punto de vista clínico y no solamente tecnológico. Esta Academia viene en este último año hablando de este tema y efectivamente hay, podíamos decir, dos formas de interpretar la medicina a principios del siglo XXI, la medicina basada en una clínica muy profunda y una medicina que sin duda no hay que ocultar, que no debemos de abandonar, pero hay una nueva medicina tecnológica que se ha desarrollado. Esto lo estamos viendo con gran profundidad en el ciclo de medicina con la Fundación Tecnología y Salud que venimos desarrollando.

Las nuevas tecnologías nos están desbordando de una forma absoluta y los clínicos no tenemos más remedio que sumarnos a eso, siempre sin renunciar a nuestro papel como tales, pero tenemos que aceptar ese desarrollo sin miradas nostálgicas al pasado. En nombre de la Academia damos las gracias de nuevo al profesor Piédrola y a la profesora Maroto por estas dos magníficas conferencias, a todos los que han intervenido y a todos los que han asistido por haberles escuchado y tenido la oportunidad de estar aquí con nosotros, muchísimas gracias.

Se levanta la Sesión.

XXIII SESIÓN CIENTÍFICA

DÍA 16 DE NOVIEMBRE DE 2010

PRESIDIDA POR EL EXCMO. SR.
D. MANUEL DÍAZ-RUBIO GARCÍA

**INNOVACIÓN EN CIRUGÍA DE URGENCIA
DIFERIDA EN LA ROTURA TOTAL
DE LA URETRA MEMBRANOSA**

***INNOVATIONS IN DEFERED EMERGENCY SURGERY
FOR COMPLETE RUPTURE
OF THE MEMBRANOUS URETRA***

Por el Excmo. Sr. D. JOSÉ M.^a GIL-VERNET VILA

Académico de Número

Resumen

Los traumatismos de la uretra posterior se observan en las fracturas de la pelvis ósea, accidente grave que puede poner en juego el pronóstico vital y siempre la calidad de la micción y la función sexual. La estrategia actual en la rotura total de la uretra membranosa, asocia la cistostomía mínima con la cirugía en urgencia diferida, dentro de los 10 primeros días, procediendo a la uretrorrafia, que es la solución ideal y utilizando la vía de acceso transinfisiaria.

No obstante, esta reconstrucción anatómica se veía obstaculizada por la gran dificultad en la localización del extremo distal de la uretra retraída por debajo de la hoja superior de la aponeurosis perineal media, problema que quedó resuelto cuando describimos la maniobra de elevación del diafragma urogenital, que permite la identificación y exposición del extremo uretral distal, facilitando así la anastomosis término-terminal sin tensión y respetando el esfínter externo.

Abstract

Posterior urethral injuries may be associated with pelvic fractures, which are serious accidents that can be life-threatening, and invariably affect urinary and sexual function.

Current strategy for treating complete rupture of the membranous urethra involves minimal cystotomy with emergency surgery within the first 10 days, this is later followed by what is considered to be the ideal solution, end-to-end urethral anastomosis using the transpubic approach.

However, this anatomic reconstruction is hindered by the great difficulty of locating the distal portion of the urethra below the superior layer of the medial perineal aponeurosis. As we described, this problem is resolved using a maneuver involving elevation of the urogenital diaphragm, which allows for the identification and exposure of the distal urethra, facilitating tension-free termino-terminal anastomosis, sparing the external sphincter.

En los traumatismos de la uretra en el varón, hay que distinguir los de la uretra anterior, que no plantean ningún problema terapéutico y tienen un buen pronóstico y los de la uretra posterior. En esta última se individualizan dos tipos de lesiones: la rotura de la uretra prostática y la rotura de la uretra membranosa. Las de la uretra prostática, son excepcionales, son consecuencia de un traumatismo extremadamente violento con estallido de la glándula prostática y va asociado a lesiones vasculares y viscerales muy graves, casi siempre mortales. Deben ser intervenidos rápidamente y es obligada la cistostomía preoperatoria.

La rotura total de la uretra membranosa se observa en el 5-10% de las fracturas de la pelvis ósea, percance frecuente en los accidentes de circulación. Es un traumatismo grave, entre el 12 y el 30% pone en juego el pronóstico vital y siempre la calidad de la micción y la función sexual (1). Su tratamiento es difícil, y hasta hace pocos años fue uno de los capítulos de mayor controversia en Urología.

Hasta finales de la década de los 80 la actitud terapéutica en la rotura total de la uretra membranosa se limitaba a dejar una cistostomía durante 3 a 6 meses para, después, intervenir sobre la inevitable secuela de la estenosis uretral compleja, operación siempre agresiva sobre el sistema esfinteriano y con altos porcentajes de incontinencia urinaria e impotencia, en particular de reestenosis. Su tratamiento ha evolucionado fundamentalmente al asociar la cistostomía mínima, con la cirugía en urgencia diferida dentro de los primeros diez días después del accidente, antes de que la fibrosis fije

las estructuras anatómicas, y proceder a la anastomosis término-terminal de los dos cabos uretrales lo que se constituye en la solución ideal. Pero tal reconstrucción anatómica se veía obstaculizada por la dificultad en encontrar el extremo distal de la uretra membranosa retraída por debajo de la hoja superior de la aponeurosis perineal media, problema que quedó resuelto cuando en 1988 describimos la maniobra de elevación del diafragma urogenital (2).

La traumatología de la uretra no escapa a la regla que, en nombre de la anatomía, de la embriología y de la patología distingue dos uretras, (Fig. 1): la anterior, o uretra móvil envuelta por tejido esponjoso, que se extiende desde el meato uretral hasta el bulbo, y la uretra posterior o uretra fija por una lámina aponeurótica y envuelta por el músculo esfínter externo, es la uretra membranosa y, más allá la glándula prostática y el cuello vesical con su esfínter interno. La uretra posterior es, pues, la uretra de la continencia urinaria, que además asume un papel fundamental en la fisiología de la eyaculación, (3). De ahí, la gran importancia de los traumatismos en esta región pelviana.

Punto por punto las roturas de la uretra anterior difieren de los de la uretra posterior, así los mecanismos de rotura de la uretra

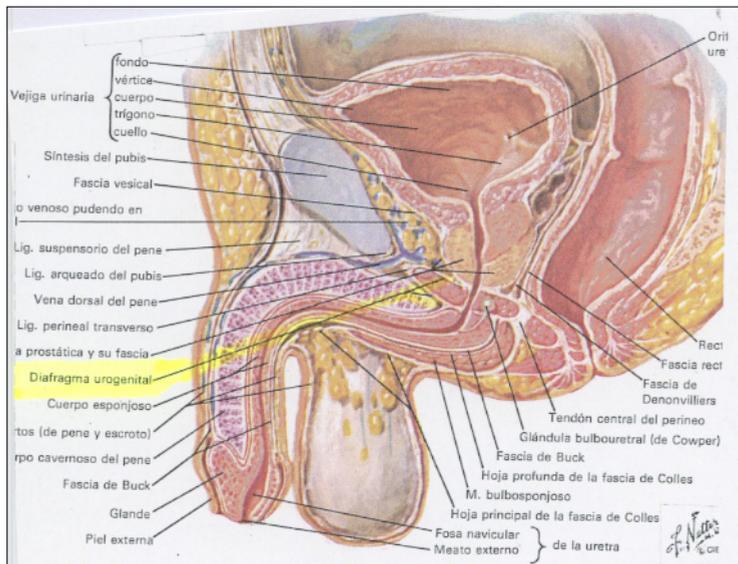


FIGURA 1: Sección sagital del aparato urinario inferior (de NETTER, F.H. (ed.), Colección Ciba de ilustraciones médicas. Tomo VI. Salvat. Barcelona, 1978).

posterior, están asociadas a traumatismo pelviano, las de la uretra anterior se vinculan con un traumatismo perineal. También los métodos terapéuticos, son absolutamente distintos, así como su pronóstico. Mientras las roturas de la uretra anterior son de fácil reparación, las de la uretra posterior son difíciles, muy complejas y ponen en juego la continencia urinaria y la potencia sexual.

Para entender mejor la patología y la problemática quirúrgica de los traumatismos de la uretra membranosa, cabe recordar algunas generalidades anatómicas de la uretra posterior.

La uretra empieza inmediatamente por debajo del cuello vesical, en donde se halla el esfínter interno de la uretra, formado por un anillo de fibras lisas de seis a ocho milímetros de grosor. La contracción tónica de dicho anillo cierra la entrada de la uretra y permite a la orina acumularse en la vejiga. Se abre durante la micción y se cierra durante la eyaculación, evitando que el esperma ascienda a la vejiga. Su funcionamiento escapa al control de la voluntad. La uretra prostática tiene un recorrido de unos 3 cm. que termina a su salida de la próstata en donde empieza la uretra membranosa, un poco por encima de la aponeurosis perineal media, y termina en el punto en que el conducto se introduce en el fondo de saco del bulbo uretral.

La uretra membranosa es un segmento de unos 18 - 20 mm., y se halla envuelta por músculo estriado, el esfínter externo, y obedece al control de la voluntad. El conducto, en su recorrido perineal atraviesa el plano músculo aponeurótico del llamado diafragma urogenital, formado por estructuras musculares y delimitado por la aponeurosis perineal media (Fig. 2). Dicha aponeurosis ocupa todo el espacio comprendido entre las dos ramas isquiopubianas en las que se inserta y cierra el hiatus situado entre el borde interno de los músculos elevadores. Esta aponeurosis tiene forma de triángulo cuyo vértice se desdobra en dos hojas: arriba, en la hoja superior y, abajo, en la hoja inferior. Tales hojas están dispuestas en sentido frontal, y separadas entre sí por un espacio de unos 15 mm., forma el compartimento perineal profundo el cual, aloja las estructuras que componen el diafragma (4). En su recorrido perineal, la uretra membranosa atraviesa las dos hojas de la aponeurosis, la hoja superior y la hoja inferior, a las que se halla firmemente adherida por tractos fibrosos. La uretra membranosa y su esfínter, aún sin tener una inserción esquelética propia, es indirectamente, solidaria, a través de la aponeurosis perineal, de las ramas isquiopubianas, con todas sus

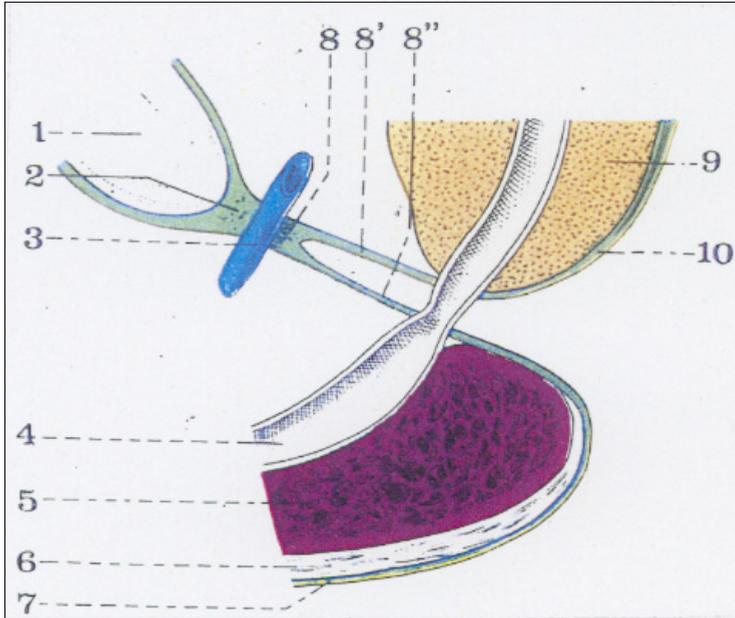


FIGURA 2: Corte sagital medio de la aponeurosis perineal media. 1) Símfisis pubiana; 2) Ligamento arqueado; 3) Vena dorsal del pene; 4) Uretra perineal; 5) Bulbo uretral; 6-7) Aponeurosis perineal superficial y decolamiento subbulbar; 8) Aponeurosis perineal media con 8' y 8'', sus hojas profunda y superficial; 9) Próstata (de LATARGET-RUIZ LIARD, «Anatomía Humana», ed. Médica Panamericana. Buenos Aires, 1983).

consecuencias en los traumatismos pelvianos. En más del 90% de los casos, la rotura asienta en esta zona de apenas 2 cms., situado entre el ápex prostático y el bulbo uretral, a nivel de la travesía del plano músculo aponeurótico o sea, del diafragma urogenital.

Los anatomistas no están de acuerdo acerca de la estructura anatómica de la aponeurosis perineal media, así como del contenido muscular del diafragma urogenital. Tales discrepancias han dado origen a discusiones y también al planteamiento de diversas teorías e hipótesis. Para los grandes clásicos como Testut y Rouvière, y aceptado todavía por algunos anatomistas contemporáneos (Fig. 3), el diafragma urogenital se compone del músculo transvers profundo del perineo y el músculo esfínter externo de la uretra, ambos insertados en ramas isquiopubianas y comprendidos entre las dos hojas de la aponeurosis perineal media.

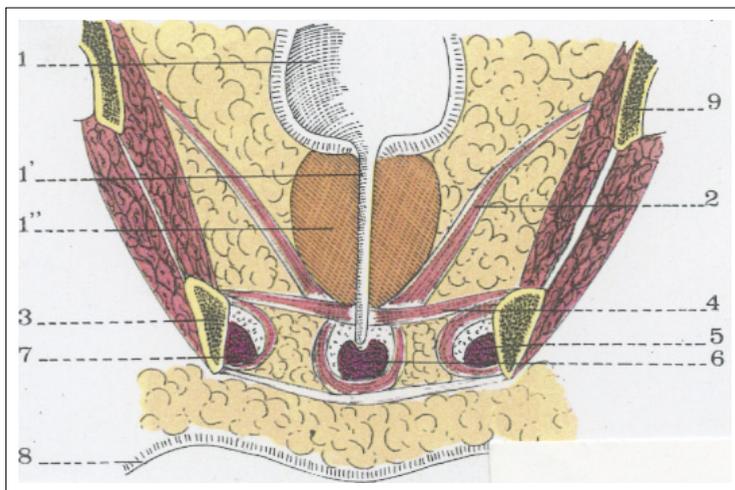


FIGURA 3: Perineo en el hombre, visto en un corte frontal anterior. 1) vejiga, con 1', uretra y 1'', próstata; 2) m. elevador; 3) isquion; 4) diafragma urogenital; 5) cuerpo cavernoso y m. isquiocavemoso (de LATARGET-RUIZ LIARD, «Anatomía Humana», ed. Médica Panamericana, Buenos Aires, 1983).

Aceptan que el esfínter externo es una formación anatómica determinante en el control de la orina y en la expulsión del semen, y que el músculo transverso profundo, es un músculo independiente, muy importante, tendido del isquion al núcleo central del perineo. Se le atribuye un determinado papel en la continencia urinaria, en la expulsión del esperma, en el cierre del suelo pélvico, como agente de erección comprimiendo las múltiples venas que lo atraviesan. Incluso algunos autores cuestionaron la existencia del diafragma urogenital.

En definitiva, el diafragma urogenital fue, a lo largo del tiempo, la estructura anatómica más intrincada y discutida del perineo. Y así fue hasta que, Salvador Gil Vernet, en 1944 (5) en su obra «Patología urogenital» lo describió exhaustiva y definitivamente, basándose en hechos objetivos obtenidos por disección y confirmados por el método de cortes histotopográficos.

Para este autor, el diafragma urogenital (Fig. 4), está constituido por: el esfínter externo de la uretra; sus haces accesorios posteriores; las glándulas de Cowper; la uretra membranosa y los paquetes vasculonerviosos pudendos internos que les circundan lateralmente y que confluyen en el vértice de la ojiva pubiana.

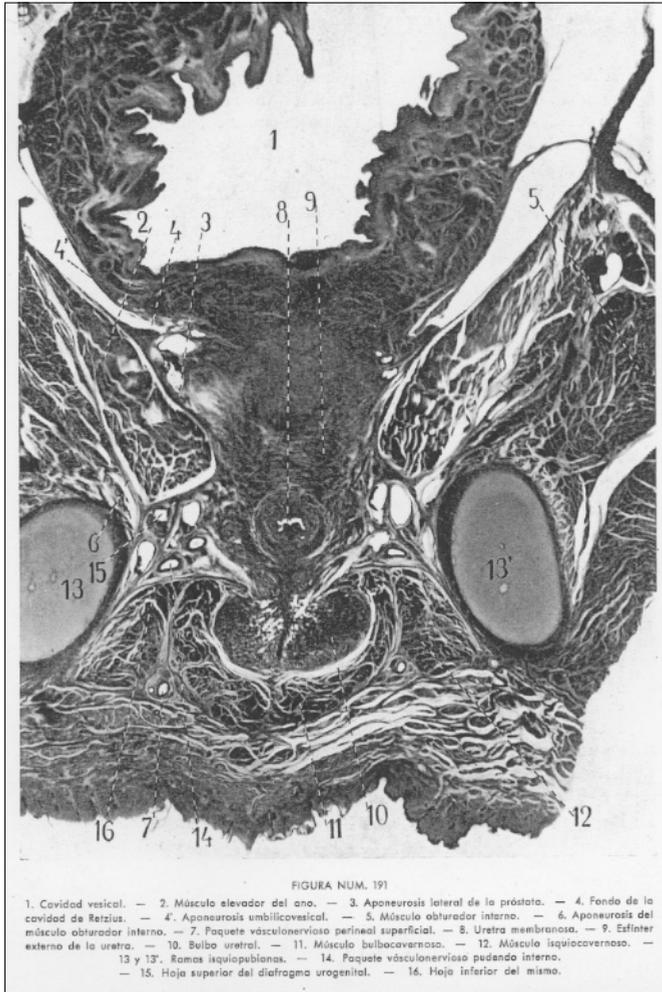


FIGURA 4: Corte frontal histotopográfico que pasa por el centro del diafragma urogenital. El esfínter externo y sus haces accesorios posteriores (m. transverso profundo), no se insertan en el esqueleto, pues se hallan separados de las ramas isquiopúbicas por los paquetes vasculonerviosos pudendos internos (de SALVADOR GIL-VERNET, *Patología urogenital*. Tomo I. ed. M. Servet, 1944).

Para Salvador Gil Vernet, el llamado músculo transverso profundo del perineo, músculo que aún se describe en los textos anatómicos como músculo independiente, que se inserta en la tuberosidad isquiática y termina en el núcleo del perineo, sencillamente, no existe. Gil Vernet demostró que se trata de una formación de fascículos

de fibra lisa y estriada, pertenecientes al propio esfínter externo y, como tal, su inserción se realiza al igual que las demás porciones de dicho músculo en la pared interna del conducto fibroso que aloja a los vasos y nervios pudendo internos (Fig. 5) y no, precisamente en las ramas isquiopúbicas. Resalta la imposibilidad absoluta de inserción ósea de ninguno de los elementos musculares compendi-

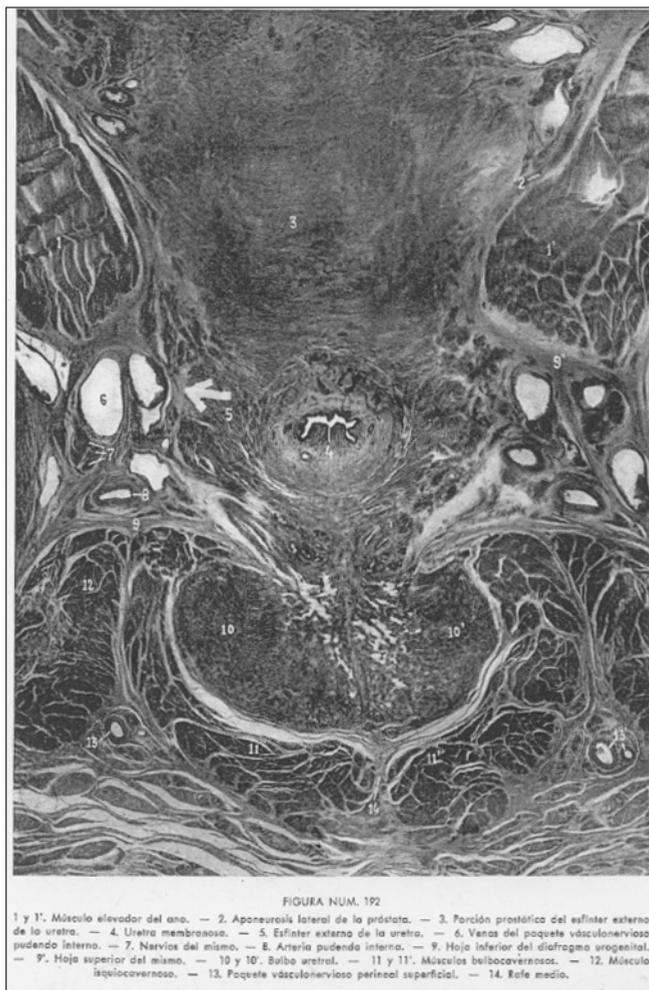


FIGURA 5: El mismo corte frontal a mayor aumento. La flecha señala la inserción del esfínter y sus haces accesorios en la cara interna de la funda fibrosa que aloja vasos y nervios pudendos internos (de SALVADOR GIL-VERNET, *Patología urogenital*. Tomo I, ed. M. Servet, 1944).

dos en el espesor del diafragma. Dicha imposibilidad se debe a la interposición del paquete vasculonervioso de los pudendos.

Dorschner en 1999 y mediante estudios realizados por RM del aparato urinario bajo en 50 cadáveres y 17 sujetos vivos y en secciones de series histológicas, llega a la conclusión de que el esfínter externo es una unidad anatómica totalmente separada de la musculatura del suelo pélvico por tejido conectivo graso y, confirma que el músculo transverso profundo del perineo no existe (6), llegando a las mismas conclusiones que Salvador Gil Vernet en 1944.

La rotura puede situarse a nivel supradiafragmática, es decir, a nivel del pico prostático, por encima de la hoja superior de la citada aponeurosis perineal media o infradiafragmática, a nivel de la hoja inferior de la aponeurosis perineal, muy cerca del bulbo de la uretra. Este tipo de rotura es la más frecuente y compleja, ya que, el extremo distal se retrae en el perineo.

La fractura pelviana, que se propaga a la uretra por intermedio de la aponeurosis perineal media, impone a los bordes uretrales un desplazamiento en función directa del desplazamiento de los fragmentos óseos. Dicho desplazamiento óseo es lo que origina la dislocación de la uretra o decalaje (Fig. 6), donde cada borde es solidario del fragmento óseo correspondiente.

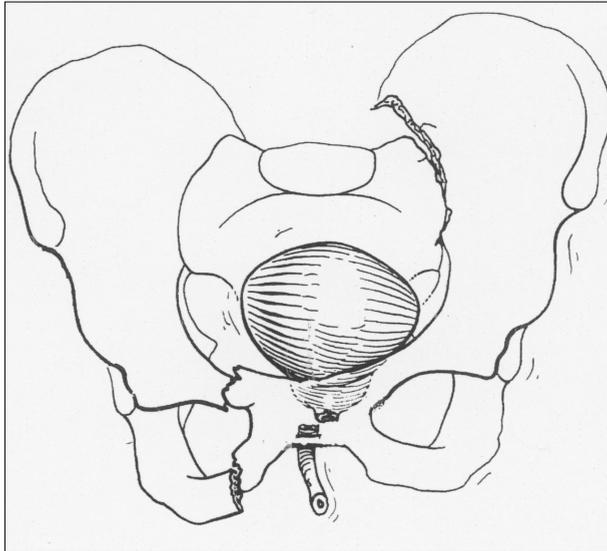


FIGURA 6: Fractura inestable con pérdida de la simetría pélvica. Rotura total de la uretra membranosa con dislocación de sus bordes.

Son varios los mecanismos que causan la rotura de la uretra: el efecto cizalla entre los dos labios de la aponeurosis perineal que sigue los desplazamientos a los cuales está sometido el marco óseo; el efecto guillotina sobre el borde cortante del ligamento transversal de Henle; y el efecto arrancamiento del bloque prostatovesical cuando es empujado hacia arriba con el pubis, originando así el desgarro del plexo venoso de Santorini, causa del hematoma pelviano, el cual desplaza hacia arriba el bloque prostatovesical junto al extremo proximal de la uretra, con lo que la distancia entre ambos extremos uretrales, llega a alcanzar los 6-7 centímetros.

Diagnóstico: En favor de una rotura total de la uretra está la triada clínica clásica:

- Uretrorragia, mínima e inconstante, hay que detectarla a nivel del meato.
- Disuria o micción imposible con aparición de globo vesical.
- Hematoma pelviano y perineal.
- Tacto rectal muy doloroso, próstata elevada.

De hecho la clínica sólo proporciona signos de presunción.

El diagnóstico por la imagen puede obtenerse por ecografía transrectal; la cistografía a través del catéter suprapúbico; y la uretrografía retrógrada preoperatoria, aunque en la práctica sólo la exploración quirúrgica lo consigue con seguridad.

Tratamiento: La evolución de una lesión grave de la uretra depende, esencialmente del tratamiento inicial seguido. Quiere esto decirse, que es absolutamente necesario que todos los centros de acogida de traumáticos dispongan de una unidad de estrategia integrada para el tratamiento del politraumatizado, en la que deben colaborar el servicio de urgencias con el de urología, en base a un protocolo pactado.

Este protocolo exige: que, al ingresar en urgencias un traumático, con signos de presunta fractura de pelvis y, por lo tanto de sospecha de lesión urológica, si, en la exploración radiológica del marco óseo se confirma la fractura y tan pronto las condiciones hemodinámicas del paciente lo permiten, debe procederse a la urografía intravenosa.

Esta sencilla exploración permite eliminar la lesión renal, o rotura de la vejiga, o mostrará la posición alta de la vejiga por un hematoma pelviano importante, este es un signo patognomónico de rotura total de la uretra.

En este protocolo se subraya la prohibición absoluta de sondar la uretra, sea con fin diagnóstico o terapéutico. El cateterismo es peligroso, puesto que agrava la situación anatómica y puede inocular el foco de fractura. Tan pronto se inicia la formación de un globo vesical, se procederá a la cistostomía mínima ecoguiada.

Seguidamente, hacia el 4° ó 5° día, se ha de evaluar el estado general, ortopédico y urológico del paciente y si dicho estado lo permite, se inician las exploraciones radiográficas de la uretra con las máximas condiciones de asepsia, inmediatamente antes de su reparación quirúrgica. A partir de aquí el urólogo debe reunirse con el traumatólogo para evaluar toda la información recopilada y decidir el momento y tipo de reparación de la lesión uretral y si procede, de la pelviana. En las fracturas de la pelvis pueden darse dos situaciones: que la fractura sea estable o inestable. En este último supuesto (Fig. 7), el cirujano ortopédico procederá a intervenir para estabilizar el anillo pélvico con procedimientos de osteosíntesis. Tanto si utiliza cirugía abierta como fijación externa, debe operar simultáneamente con el urólogo ambas lesiones (7). Se empieza por reparar la uretra y, a continuación se procede a la osteosíntesis (Fig. 7 y 8), ya que, a la inversa, dificultaría seriamente el tiempo urológico. Si se trata de una fractura estable el traumatólogo aconsejará reposo y será, por lo tanto, el cirujano urólogo, experto en el tratamiento de lesiones traumáticas de la uretra, quien debe decidir el tratamiento a seguir.

Se ha venido utilizando dos métodos terapéuticos: uno es el que se limita a aproximar los extremos de la rotura uretral, y otro, el que sutura borde a borde los extremos uretrales. Entre los primeros está el tutor uretral para alinear los extremos uretrales y guiar la cicatrización con catéter durante 20 días, colocando dicho catéter mediante intervención abierta o endoscópica. Otros métodos pretenden reducir la separación entre los bordes colocando una sonda Foley y, con tracción permanente, acercar la próstata al diafragma urogenital amarrando el pico prostático con puntos transfixiantes exteriorizados al periné. Con cualquiera de estos métodos, el porcentaje de estenosis y posteriores intervenciones, es muy elevado, obligando a recurrir a la Uretroplastia con colgajos de piel del escroto (8) en uno o dos tiempos.

La uretrorrafia: La sutura término-terminal de los extremos uretrales que es el tratamiento ideal, tiene como objetivo asegurar la curación en un solo tiempo y evitar la estenosis. Pero es una ciru-



FIGURA 7: Fractura inestable de la pelvis ósea coexistiendo con rotura de la uretra membranosa.

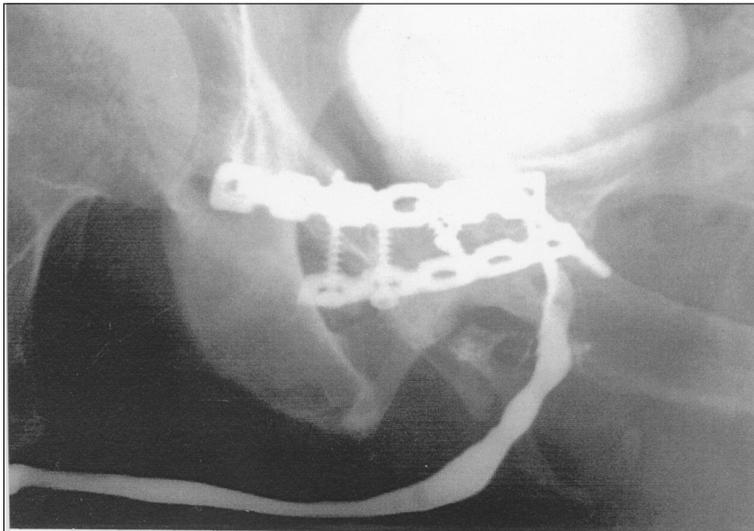


FIGURA 8: Simultánea reparación primaria de la rotura uretral por el urólogo y estabilización de la pelvis mediante osteosíntesis interna, por el traumatólogo. Cistouretrografía miccional postoperatoria.

gía difícil debido a la profundidad de la excavación pelviana y a su infiltración hemática por el traumatismo, lo que hace muy difícil reconocer las pequeñas y delicadas estructuras anatómicas. Esta cirugía está sujeta a unos principios básicos y tiene por objetivo:

- corregir la dislocación o decalage uretral para realinear los segmentos uretrales resultantes de la rotura total;
- reducción de la separación entre los dos cabos uretrales;
- identificación y exposición del extremo uretral distal;
- regularización de los bordes contusos;
- amplia coaptación de los bordes sin tensión;
- anastomosis término-terminal de alta calidad técnica.

Para lograr la reducción de la dislocación y realineación de los cabos uretrales, deben seccionarse los ligamentos pubovesicales no desgarrados por el traumatismo. A recordar que esta dislocación uretral, es corregible al principio mediante reducción de la fractura, mientras, que, al cabo de tres semanas ya es irreductible, por estar inmerso en un callo fibroso.

Para conseguir la reducción de la rotura, es decir, la separación entre los extremos uretrales, es básico movilizar y descender el bloque prostatovesical que fue desplazado hacia arriba por el hematoma pelviano, por lo que hay que proceder a la sección de la fascia endopélvica a una distancia de 2 cm. de la pared lateral de la próstata para no lesionar los haces neurovasculares que describió S. Gil Vernet, que conducen los nervios cavernosos responsables de la erección (9). Debe comprobarse repetidamente que el bloque prostatovesical ha descendido a su posición normal con lo que no habrá tensión a nivel de la anastomosis. Y para encontrar y exponer el extremo uretral distal retraído en el perineo, se utiliza la maniobra de elevación del diafragma urogenital que, más adelante, comentaremos. La anastomosis término-terminal, debe realizarse con la máxima precisión en la colocación de cada uno de los seis puntos de sutura calibre 5/0 tipo Dexon.

Se han utilizado varias vías de acceso: la perineal, la transinfisaria y la retropúbica, éstas dos últimas, solas o combinadas.

La perineal. En urgencia diferida está contraindicada en las fracturas de ramas isquiopubianas por la reducción del espacio interisquiático, y la posición de perineotomía no es aconsejable. Existe dificultad en movilizar y descender el bloque vesicoprostático, lo cual es imprescindible para evitar la tensión de la sutura y además es

difícil de apreciar la calidad del extremo proximal de la uretra. El objetivo de esta vía es proceder a la anastomosis de la uretra bulbar con la uretra prostática, lo que exige, la ligadura de las arterias bulbares que son las que aportan mayor vascularización a la uretra anterior, disecar y liberar la uretra bulbar y perineal de los cuerpos cavernosos hasta la raíz del pene para anastomosarla al pico de la próstata. Así el esfínter externo queda excluido, lo que equivale a incontinencia de orina de esfuerzo, trastornos sexuales y futuro hipotecado ya que, si posteriormente el paciente es operado por un adenoma o cáncer prostático, la incontinencia total de orina es segura y frecuente la incurvación peneana.

La vía retropúbica, asociada a la pubotomía o sinfisiotomía es la mejor vía de acceso: no hay que cambiar de posición al paciente; permite el tratamiento simultáneo de lesiones óseas y urinarias; la evacuación del hematoma; una mejor evaluación de las lesiones; facilita movilizar y descender el bloque vesicoprostático; alinear los extremos uretrales; y por último apreciar la calidad de sus bordes.

Técnica: Incisión cutánea desde la raíz del pene hasta el ombligo. Liberación de la cara anterior, posterior e inferior del pubis, a este nivel hay que identificar el ligamento suspensor del pene, que no debe cortarse, quedará solidario de una de las ramas del pubis. La sinfisiotomía se realiza con bisturí frío. La separación espontánea obtenida es variable, de unos 4-5 cm. que no debe sobrepasarse, para no ocasionar lesiones de las articulaciones sacroilíacas. Después de la apertura de la aponeurosis perineal media, el campo operatorio es excelente, aún así, existe el problema, encontrar el extremo distal de la uretra retraída por debajo del diafragma urogenital y para ello, hay que exponer la cara anterior de la uretra membranosa, seccionando el esfínter externo en su línea media, disecar la uretra, proceder a la uretrorrafía, y finalmente, reparación del músculo estriado. La agresión operatoria de esta frágil estructura, es causa de lesión parietal, vascular y nerviosa del esfínter con secuelas urinarias y sexuales.

Esta era, pues, la situación hasta que dimos a conocer la maniobra de elevación del diafragma urogenital, que expresaba la constatación de que, en las roturas traumáticas de la uretra posterior, el diafragma urogenital y la uretra membranosa tiene una mayor movilidad como consecuencia del desgarro de una o de las dos hojas de la aponeurosis perineal media y de las estructuras musculares que integran el diafragma, lo cual facilita la maniobra, significando un

nuevo enfoque quirúrgico al encontrar una solución al problema de localizar el extremo distal de la uretra, y preservando los segmentos no lesionados del esfínter externo y demás estructuras neurovasculares del diafragma urogenital, facilitando la confección de una anastomosis de alta calidad técnica, lo que en definitiva, cambió el pronóstico de este grave traumatismo.

La maniobra es muy simple y consiste en el cateterismo retrógrado de la uretra con catéter de Foley 16 Ch (Fig. 9). Cuando asoma en el fondo de la excavación pelviana se le anuda un hilo en su

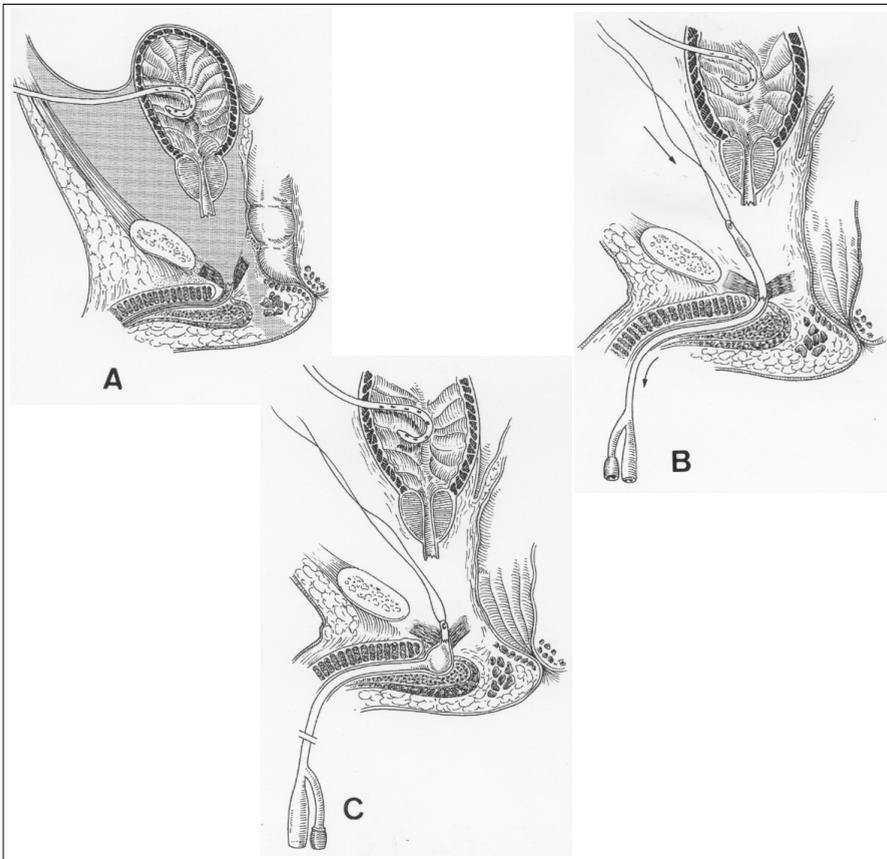


FIGURA 9A: Hematoma pelviano y perineal que desplaza hacia arriba próstata y vejiga y hacia abajo el diafragma urogenital. Rotura total de la uretra membranosa a nivel de la hoja inferior de la aponeurosis perineal media, (infradiafragmática). B: Maniobra de elevación del diafragma urogenital. Catéter uretral con hilo de tracción en su punta. C: Se ha retirado el catéter hasta situarlo en el fondo de saco bulbar de la uretra, inflándolo con 5 ml.

extremo que servirá para efectuar la tracción. Se retira entonces el catéter hasta situar su balón a nivel del fondo de saco bulbar uretral inflándolo con 5 ó 6 ml. Se tira suavemente del hilo en dirección craneal, lo que origina la elevación del diafragma urogenital (Fig. 10A), y con ello el cabo distal de la uretra membranosa la cual, situada en un plano profundo, es atraída hacia el operador, consiguiéndose una exposición más superficial y confeccionar una anastomosis de alta calidad técnica sin tensión, preservando el segmento de esfínter estriado no lesionado por el traumatismo (Fig. 10B). Observaciones: Esta maniobra ha sido utilizada en 16 pacientes con rotura total de la uretra membranosa a consecuencia de fracturas de la pelvis ósea. El primero de ellos en marzo de 1986 y el último en 2006, intervenidos en los Hospitales Universitarios: Clínic, Bellvitge y del Mar, todos ellos, de Barcelona.

En este largo seguimiento fueron controlados mediante uretrografía retrógrada y cistouretrografía miccional. La flujometría arrojó valores situados entre 18 y 22 ml/s. Ninguna estenosis uretral y en ningún caso se tuvo que recurrir a la uretrotomía o dilataciones. Tres pacientes fueron intervenidos simultáneamente por el urólogo y el

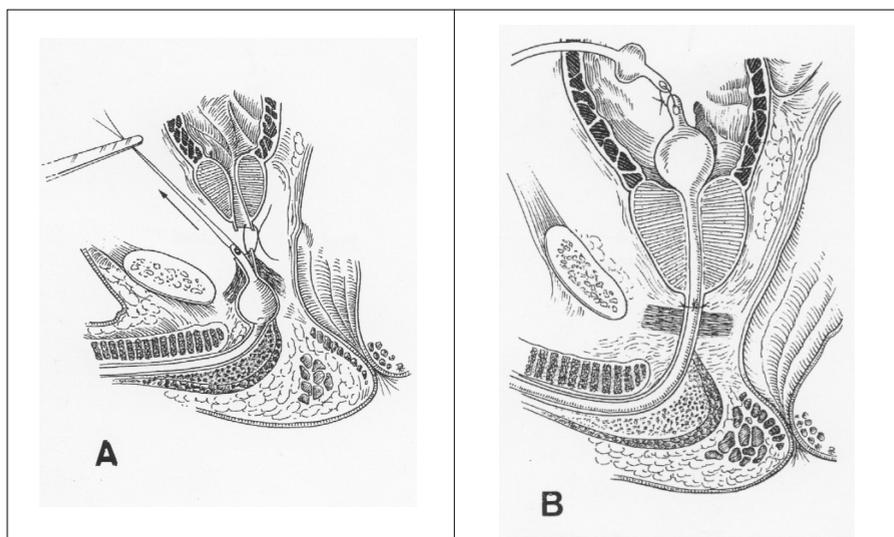


FIGURA 10A: Tracción y elevación del diafragma urogenital con el extremo distal de la uretra y el esfínter que la rodea.

FIGURA 10B: Reducción quirúrgica y alineamiento de los bordes. Anastomosis término-terminal sin tensión con preservación del esfínter externo.

ortopeda, de su rotura uretral y estabilización de la fractura ósea. En 13 casos se utilizó la vía de acceso retropúbica asociada a la transinfisaria, y en 3 casos a la vía retropúbica exclusivamente. No se observaron secuelas ortopédicas debido a la pubotomía. En el total de la estadística, 15 pacientes presentan normal control urinario y, en uno, incontinencia de esfuerzo e impotencia eréctil por desgarramiento traumático del esfínter externo y de las dos bandeletas neurovasculares prostáticas. Esta maniobra de elevación del diafragma urogenital ha sido útil, en la reconstrucción de la continuidad urinaria en 206 casos de prostatectomía radical y en 119 casos de vejigas intestinales de sustitución. Discusión.

Actualmente el tratamiento de la rotura total de la uretra membranosa tiene por objetivo asegurar la curación en un solo tiempo operatorio y, evitar la temida estenosis. Es indiscutible que la evolución de una rotura total de la uretra membranosa, depende esencialmente del tratamiento inicial que se siga, destacando la prohibición de sondar la uretra para evitar la infección del foco óseo, uretral y del hematoma pelviano. Existe unanimidad en restablecer la continuidad uretral muy satisfactoriamente y en salvaguardar las posibilidades de continencia urinaria, y de las funciones sexuales, mediante anastomosis término-terminal de los cabos uretrales, en urgencia diferida dentro de los diez días siguientes al accidente. Ahora bien, para que esta uretrorrafia resulte bien hecha, hace falta que sea técnicamente fácil. Y ahí se encuentra el problema, puesto que es una cirugía muy compleja debido a la profundidad del campo operatorio y a la infiltración hemática del espacio pelvipereineal por el traumatismo. La utilización de la sinfisiotomía a propuesta de Radge y Mc Innes (10) en 1969, como vía de acceso directa a la uretra membranosa, constituyó una importante aportación y, por otra parte sin que la existencia de lesiones de las ramas ilio ó isquiopúbicas contraindiquen ni sea impedimento a la realización de la pubotomía. Aún así, la problemática subsistía por la dificultad en encontrar el extremo distal de la uretra, situado muy cerca del bulbo uretral a nivel de la hoja inferior de la aponeurosis perineal media, lo cual obliga a la incisión de la aponeurosis perineal, incidir medialmente la musculatura estriada de todo el esfínter, disección de la uretra distal y su anastomosis con el cabo proximal y reconstruir el esfínter, lo que implica su agresión parietal, vascular y nerviosa, con la posible pérdida de control voluntario de la orina y disfunción sexual al suprimir las contracciones expulsivas del semen de las que tam-

bién es responsable el esfínter externo. La maniobra de elevación del diafragma urogenital, ha resuelto la problemática quirúrgica de la rotura de la uretra membranosa, al encontrar, el extremo distal de la uretra retraída por debajo de la hoja superior de la aponeurosis perineal media, situado en el compartimento perineal profundo, sin necesidad de incidir el esfínter estriado, preservando el segmento no lesionado del mismo y demás estructuras vasculonerviosas del diafragma; facilita la reducción de la rotura; la alineación de los extremos uretrales; la excisión de tejidos contusos y dislacerados de sus bordes. Así se consigue la confección de una precisa anastomosis término-terminal sin tensión y de alta calidad técnica. De todo ello dependerá el resultado anatómico y funcional.

En definitiva; la descrita maniobra, tan simple como inocua, tan eficaz como resolutoria, es básica en esta cirugía y mejora notablemente el pronóstico de este grave traumatismo.

BIBLIOGRAFÍA

1. LE GUILLOU, M. et FERRIERE, J.M.: «Traumatismes de l'urètre postérieur». *Encycl. Méd. Chir.* Paris, 18340 A10,2, 1983.
2. GIL-VERNET, J. M.^a; GUTIÉRREZ, R.; CARRETERO, P.; CAMPOS, J. A. and GIL-VERNET, J. M.^a, Jr.: «Urogenital diaphragm raising maneuver». *J. Urol.*, 140: 555, 1988.
3. GIL-VERNET, J. M.^a, Jr.; ÁLVAREZ-VIJANDE, R.; GIL-VERNET, A.; GIL-VERNET, J. M.^a: «Ejaculation in men: a dynamic endorectal ultrasonographical study». *Br. J. Urol.*, 73:442, 1994.
4. LATARGET, M.; RUIZ, LIARD A.: *Anatomía Humana*, Ed. Médico Panamericana, Tomo 2, Buenos Aires, 1983.
5. GIL-VERNET, S.: *Patología Urogenital*. Tomo I. Barcelona. Ed. Miguel Servet, pp. 372-390, 1944.
6. DORSCHNER, W., BIESOLD, M., SCHMIDT, F., and STOLZENBURG, J.: «The dispute about the external sphincter and the urogenital diaphragm». *J. Urol.*, 162:1942, 1999.
7. SING., E.; CASANOVA, G., ISLER, B.; SOHN, M.: «Pelvic fractures and traumatic lesions of the posterior uretra». *Eu. Urol.*, 18: 27, 1990.
8. GIL-VERNET, J.M.^a: «Un traitement des sténoses traumatiques et inflammatoires de l'urètre postérieur. Nouvelle méthode d'urétroplastie». *J. d'Urol.*, 72:97, 1966.
9. GIL-VERNET, S.: «Estroma conjuntivo, vasos y nervios de la región prostática». En *Patología Urogenital. Biología y Patología de la Próstata*. Ed. Paz Montalvo, Madrid, 1953.
10. RADGE, H., MC INNES, G.F., *J. Urol.*, 101:335, 1969.

PALABRAS FINALES DEL SR. VICEPRESIDENTE, PROF. D. JOAQUÍN POCH BROTO

En este caso me toca a mi resumir un poco la Sesión que hemos tenido hoy. En cualquier caso hemos asistido a una Sesión de un nivel extraordinario al que en el fondo la mayoría de los que estamos aquí no nos podemos sentir ajenos.

Lo que ha planteado Gil-Vernet, desde luego es una fantástica lección de cirugía, donde como él mismo dice recordando a Einstein, «una maniobra muy simple es capaz de salvar una vida», y por otra parte, tampoco es una situación ésta que ha planteado él, que sea ajena, digamos a especialistas de diverso ámbito y sobre todo fundamentalmente a cirujanos, traumatólogos... de cualquier índole. Esta situación que usted presenta hoy, yo la he vivido, es decir en un mismo quirófano un politraumatizado con un aplastamiento de traquea, aplastamiento de tórax, fracturas múltiples y por supuesto fractura de la vía urinaria, donde un conjunto pluridisciplinar tiene que estar actuando, no todos al mismo tiempo, sino de forma secuencial en cada momento para provocar una *restitutio ad integrum* cuando el enfermo se recupere o teniendo en cuenta que muchos de nuestros enfermos se van a recuperar y que tienen que tener las mínimas secuelas posible, en este sentido el médico de urgencia tiene que tener clara la idea de cuáles son las secuencias que hay que tomar, en qué momento tiene que intervenir, por supuesto cada especialista y saber que en el *armamentarium*, por así decirlo, quirúrgico moderno existen soluciones de todo tipo para la mayor parte de los problemas. Esta que nos ha planteado Gil-Vernet es de una gran brillantez, de una elegancia, y la película es realmente soberbia, que nos felicitamos por haber estado aquí hoy presentes.

Y también la última reflexión que quiero hacer, vean ustedes como en el fondo la excelencia quirúrgica se basa en un profundo conocimiento de la anatomía, es decir en la excelencia anatómica. Él procede, digamos por características familiares, tan perfectamente la anatomía del basal inferior, como dicen los franceses, que realmente esa es la posibilidad para que ocurran soluciones tan brillantes como la que hemos visto hoy, así pues felicitando al conferenciante de hoy, felicitándonos a nosotros mismos por haber estado aquí, se levanta la Sesión.

SESIÓN NECROLÓGICA

**EN MEMORIA DEL EXCMO. SR.
D. AMADOR SCHÜLLER PÉREZ**

DÍA 30 DE NOVIEMBRE DE 2010

PRESIDIDA POR EL EXCMO. SR.
D. MANUEL DÍAZ-RUBIO GARCÍA

DISCURSO DE PRECEPTO

Por el Excmo. Sr. D. MANUEL DÍAZ-RUBIO GARCÍA

Académico de Número y Presidente

INTERVENCIONES

- Prof. Suárez Fernández
- Prof. Marañón Cabello
- Prof. Carro Otero
- Prof. Reinoso Suárez
- Prof. Clavero Núñez
- Prof.^a Maroto Vela
- Prof. Jiménez Collado
- Prof. Serrano Ríos
- Prof. González de Posada
- Prof. Rodríguez Rodríguez
- Prof. Sánchez García
- Prof. Poch Broto
- Prof. Rey Calero
- Prof. Cruz Hermida
- Prof. Lucas Tomás
- Prof. Víctor García de la Concha

DISCURSO DE PRECEPTO

Por el Excmo. Sr. D. MANUEL DÍAZ-RUBIO GARCÍA

Académico de Número y Presidente

Excmo. Sr. Presidente del Instituto de España,
Excmo. Sr. Director de la Real Academia Española,
Excma. Sra. Presidenta de la Real Academia Nacional de Farmacia,
Excmo. Sr. Presidente de Honor,
Excmas. y Excmos. Presidentes de las Reales Academias de Medicina
de Valladolid, Sevilla, Murcia, Andalucía Oriental, Cádiz, Valen-
cia, Islas Baleares, Galicia, Principado de Asturias, Salamanca,
Cantabria y País Vasco,
Excmas. Sras. Académicas,
Excmos. Sres. Académicos,
Señoras y Señores

La Junta Directiva me ha encargado la no fácil misión de realizar el elogio necrológico del que ha sido nuestro compañero y Presidente de Honor el Excmo. Sr. D. Amador Schüller Pérez fallecido recientemente. Un gran honor y un compromiso emocional difícil por cuanto mi relación con él, superó la mera convivencia académica. Él fue un magnífico compañero, un gran maestro y un entrañable amigo. Siempre cerca de mí, me ayudó cuanto pudo, pero sobre todo me trató con un afecto que queda marcado con letras de oro en mi trayectoria vital. Su gratitud y afecto hacia mi padre, el profesor Manuel Díaz Rubio, que también fue académico de esta corporación, y del que fue uno de sus Profesores Adjuntos durante más de siete

años, hizo que siempre me tratara con un cariño especial, que sin duda fue recíproco. Nunca olvidaré la última vez que le vi en el hospital en su último ingreso. Me despidió con una mirada profunda, me dio recuerdos para mi familia, y me pidió que le diera un beso. Difícil por tanto ser justo y ponderado en el día de hoy con Amador, como yo le llamaba desde que hace 50 años, cuando le conocí y me dijo que lo hiciera de esa manera.

Presentado por los Académicos Rafael Vara López, Luis Bru Vilaseca y Jorge Tamarit Torres, en 1982 fue elegido Académico de número de la Real Academia Nacional de Medicina, ingresando el 23 de enero de 1983 con el discurso *Aspectos metabólicos y clínicos de la hepatopatía alcohólica*, contestándole el profesor Jorge Tamarit Torres, y tomando posesión del sillón número 15. Este sillón tenía para él un especial significado, pues había sido ocupado anteriormente por Arturo Fernández-Cruz Liñán, y por dos de los maestros, según su propio reconocimiento, con los que había convivido y habían influido claramente en su vida, como Manuel Díaz Rubio y Fernando Enríquez de Salamanca. Ingresó pues en esta Real Academia hace 27 años, con un discurso intenso, una expectación enorme y una promesa de futuro para la Institución que llenó de ilusión a todos los presentes. Nadie estaba equivocado como el tiempo pudo demostrar. El profesor Amador Schüller ha sido pieza fundamental en la vida de esta Real Academia en todo ese tiempo. Siempre estuvo alerta a los cambios que estaba sufriendo la sociedad y la medicina, siendo su vida académica intensa y ejemplar. Acudía habitualmente a las sesiones y pronto se incorporó a tareas de mayor responsabilidad. En 1994 fue elegido Vicepresidente y en 2002 Presidente, siendo continuador de la labor emprendida por tu antecesor el hoy Presidente de Honor el Excmo. Sr. D. Hipólito Durán Sacristán.

Además de académico ejemplar, como he dicho, fue un gran Presidente. Llevó la Real Academia con mano segura y con un estilo y elegancia que cautivó a cuantos convivieron con él. Mantuvo la firmeza necesaria, en aspectos muy concretos que afectaban a la propia esencia del carácter nacional de la Real Academia y su significado en la historia de la medicina española. Momentos difíciles, promovidos externamente, más por personas que por instituciones, pero que causaron en él un hondo disgusto y preocupaciones que no merecía. Al margen de ello, su paso por esta Academia y por la Presidencia estuvo llena de aciertos y satisfacciones, dejando un vacío difícil de llenar y un recuerdo imperecedero.

Serio, trabajador, consecuente y leal, en un momento determinado de su vida, batallando con su propia salud, en septiembre de 2008, presentó por escrito la renuncia a la Presidencia. El Secretario General de la corporación el Excmo. Sr. D. Miguel Lucas Tomás y yo mismo, en ese momento Vicepresidente, acudimos a su casa para que reconsiderara su renuncia y siguiera al frente de la Academia. Fue una visita entrañable e inolvidable, llena de afecto hacia la Academia y los académicos, así como hacia Miguel Lucas y mi persona que nunca olvidaré. Pronunció palabras profundas de gratitud hacia todos, y con respecto a mí penetró en el mundo de mis emociones con tal fuerza que hizo que pasara por momentos difíciles para mantener la compostura. Nunca olvidaré sus palabras llenas de cariño, gratitud y esperanza. Mantuvo la renuncia aunque nos mostró lo difícil que le había sido tomar esa decisión, pero tal como nos expresó, su compromiso con sus hijos era más fuerte que su propio deseo, demostrando un inmenso amor por ellos y toda su familia. Yo diría remedando el estilo trascendente de don Pedro Laín «gran padre el que llegada una ocasión en su vida sabe sacrificarlo todo por sus hijos». Ese mismo año de 2008, la Junta de Gobierno le nombró Presidente de Honor de la Real Academia Nacional de Medicina en reconocimiento a su entrega ejemplar.

La vocación por la medicina de Amador Schüller se fragua ya en la adolescencia sin haber recibido influencias familiares de ninguna naturaleza. Ya durante sus estudios de enseñanza media en los Hermanos Maristas mostró especial atracción por la biología, la cual comenzó a sustanciarse en el Instituto Cardenal Cisneros de Madrid. Sería posteriormente, y a través de su relación con el doctor Galve Raso, ginecólogo y amigo de la familia, cuando toma conciencia de la importancia de ser médico y poder ayudar a aquellos que sufren. Sus recuerdos y elogios para este médico a lo largo de su vida, nos ponen de manifiesto su enorme capacidad de ser agradecido, una virtud que adornó su vida y a la que nunca faltó.

El profesor Amador Schüller que había nacido en Madrid el 19 de junio de 1921, y ya con su vocación construida, comenzó la carrera de medicina en la Facultad de Medicina de Madrid viviendo un ambiente ilusionante desde el comienzo, tanto en el viejo Hospital de San Carlos como en el Hospital Provincial. Fue un estudiante destacado como lo demuestra que en el segundo curso de anatomía le fue otorgado el Premio Fourquet, y como en 1945, ya médico, obtuvo el premio extraordinario de licenciatura. Por ello quizás siem-

pre reconoció que en esa época de su vida había influido no solo el doctor Galve, sino también el profesor Idelfonso Dehesa Bailo, titular de la Cátedra de Embriología que la Fundación Conde de Cartagena de esta Real Academia había creado en 1933, y luego encargado de la enseñanza de la Anatomía durante muchos cursos en la Facultad de Medicina de Madrid.

Los últimos años de la carrera había asistido a la clínica de Fernando Enríquez de la Salamanca en el Hospital de San Carlos, quien a la postre sería su maestro, así como al Hospital Provincial, donde además recibió importantes influencias de Gregorio Marañón. Tan importantes debieron ser estas últimas, que tuvo sus dudas entre dedicarse a la medicina interna o la endocrinología. Decidido por la medicina interna, en 1948 obtuvo por oposición una plaza de médico interno en la Cátedra de Patología y Clínica Médica regentada por Enríquez de Salamanca, además de conseguir, nuevamente por oposición, plaza de médico de la Beneficencia Municipal, de Asistencia Pública Domiciliaria, del Registro Civil y de la Beneficencia Provincial. Compaginó todo ello con su entrega al estudio y trabajo en las salas y en el laboratorio, y en 1953 accedió al grado de doctor con la tesis *El quimismo gástrico en la enfermedad de Addison*, también galardonada con premio extraordinario.

En estos momentos parece claro cuál es su destino en la medicina y en la universidad. Es uno de los discípulos más valiosos de su maestro, el cual se lo reconoce al acceder en 1958, también por oposición, a la plaza de Profesor Adjunto de Patología Médica. Jubilado su maestro en 1960, teme que la llegada de un nuevo catedrático a dicha cátedra pueda truncar su carrera médica y universitaria.

Sin embargo, nada más lejos de la realidad. En 1961 llega a la cátedra de Patología y Clínicas Médicas de Madrid procedente de Sevilla el profesor Manuel Díaz Rubio, mi padre, uno de los discípulos más destacados de la escuela de Jiménez Díaz. Quiero recordar en estos momentos, que Amador Schüller, fue la única persona de dicha Cátedra que había felicitado a mi padre cuando la obtuvo. En los archivos de mi padre, que conservamos, he podido leer dicha carta, un modelo de educación, generosidad, caballerosidad y espíritu universitario. Llegado Manuel Díaz Rubio a Madrid no solo le confirmó en la Cátedra, sino que le asignó nuevas responsabilidades. Su convivencia con él durante más de 7 años, no hizo sino corroborar su valía y estilo, profesándole una gran admiración y estableciéndose entre ambos una gran confianza, afecto y amistad.

No es casualidad, que cuando mi padre en 1967 sufrió un infarto de miocardio, a la primera persona que se llamó y le atendió fue a Amador Schüller. No es tampoco casualidad que cuando en 1969 contraje matrimonio, él fuese testigo de mi boda.

Yo era estudiante de medicina en 1961 cuando llegué a Madrid con mis padres, y debo reconocer que la ayuda que me prestó fue enorme. Sus consejos, en una Facultad que desconocía, fueron muy importantes para mí. El me contaba sobre el funcionamiento de determinadas áreas de la Facultad y me recomendó que asistiera a unas clases que daba Dusko Jelavic, amigo y discípulo suyo, con grandes dotes didácticas.

Continuó pues en la Cátedra regentada por Manuel Díaz Rubio y fue creciendo en sabiduría y comportamientos, algo que siempre le distinguió. Entre 1960 y 1964 realizó estancias en París con Stanislas de Sèze en el Hospital Lariboisiere, y con Maurice Goulon en el Hospital Raymond Poincaré. Allí profundizó en aspectos relacionados con las enfermedades osteoarticulares y en diversas técnicas enzimáticas entonces pioneras. En 1967 obtuvo, de nuevo por oposición, la Cátedra de Patología y Clínica Médicas en la Facultad de Medicina de Cádiz, en 1971 fue nombrado en comisión de servicio Jefe de Estudios a la Ciudad Sanitaria Provincial Francisco Franco y en 1973 catedrático supernumerario contratado en el entonces llamado Hospital 1º de Octubre. Vacante la cátedra de la que era titular mi padre, en 1977 fue nombrado, por traslado, catedrático de Patología y Clínica Médicas de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense, asumiendo además la jefatura del Departamento de Medicina Interna, y la dirección de la Escuela Profesional de Aparato Digestivo. Mi convivencia con él, yo entonces Profesor Adjunto, continúa, estableciéndose con más intensidad una relación de gran amistad y reconocimiento mutuo.

Todo este periplo vital de Amador Schüller está jalonado por un gran esfuerzo, dedicación, sacrificio, renuncia, ilusión, y un largo etcétera, propio de los valores que siempre han adornado a los profesores más sobresalientes de nuestra Universidad. Una Universidad a la que entregó su vida, y que en un momento de máxima madurez le aplicó una injusta ley de jubilación anticipada, privándole de años tremendamente productivos, para él, la medicina, la Universidad y la sociedad en general. Como premio, por decir algo, fue nombrado Profesor Emérito, al igual que otras cabezas privilegiadas de la Universidad española que sufrieron tan tamaña barbaridad.

Repito con frecuencia que para que un médico entre en la historia de la medicina deben darse determinadas condiciones, además de desgraciadamente haber fallecido. Estas son, la aportación científica, la obra escrita, la formación de escuela, el reconocimiento de la comunidad científica, la relevancia de los puestos de responsabilidad que desempeñó y el reconocimiento de la sociedad en general. Sin duda el profesor Schüller forma parte de este elenco de médicos que han escrito nuestra historia y no deben ser olvidados.

APORTACIÓN CIENTÍFICA

Su aportación científica fue sin discusión relevante. Destaca del análisis de sus estudios su interés por todos los campos de la medicina interna, aunque profundizó de manera especial en algunos a lo largo de su vida. En una primera fase acometió el estudio de la secreción clorhidropéptica, uno de los ejes de la investigación de la cátedra que regentaba su maestro. Pronto se ocupó con Enríquez de Salamanca de la sistematización de las enfermedades del aparato locomotor. Su trabajo ingente en este campo le llevo a revisar miles de historias de pacientes afectos de estas patologías y a realizar un estudio conceptual de ellas que luego sería plasmado en un magnífico libro.

También de una época precoz, son sus estudios sobre las porfirias, campo en el que realizó aportaciones singulares sobre nuevas formas de la enfermedad, deteniéndose especialmente en las características clínicas y bioquímicas de la porfiria hepatocutánea tarda.

Una de las líneas de investigación más importantes que puso en marcha fue la relativa al metabolismo lipídico. Como gran internista que fue, siempre consideró este campo de gran interés, basándose en las observaciones existentes de su relación con la arterioesclerosis y de la alta frecuencia de la enfermedad coronaria, enfermedad que acortaba significativamente la vida de muchos pacientes. Aunque había previamente realizado estudios conceptuales sobre los lípidos, cuando se hace cargo en 1977 de la Cátedra de Patología Médica en el Hospital Clínico de San Carlos, montó un laboratorio para el estudio del metabolismo lipídico en colaboración con Ángel Martín Municio, y en el que trabajaron entre otros José Antonio Gutiérrez Fuentes y Jorge Moscat. Estos estudios, muchos de ellos publicados en revistas de alto índice de impacto, permitieron reali-

zar una especie de mapa sobre la distribución de los lípidos plasmáticos en sujetos normales, mujeres embarazadas, recién nacidos, en diabéticos, etc, así como una encuesta epidemiológica sobre las hiperlipemias en la región Centro de España. A modo de ejemplo, destacamos algunos estudios más finos como el relativo al comportamiento de las lipoproteínas de baja densidad y su relación con el metabolismo del ácido araquidónico. Este estudio experimental en ratones, puso de manifiesto que de manera inusual la cantidad de PGE₂, 6-ceto-prostaglandina PGF₁ alfa y tromboxano TXB₂ sintetizados son similares. Estas aportaciones tuvieron luego su continuidad con el abordaje de la obesidad, estudios muchos de los cuales se vieron interrumpidos por la jubilación.

Otros de sus campos de trabajo fue la hepatopatía alcohólica. En esta área realizó diversos estudios sobre la patogenia de la cirrosis alcohólica, así como sobre algunos aspectos clínicos relevantes. Juntamente con Martin Municio, Moscat y otros, abordó las propiedades de los hepatocitos aislados de ratas tratadas con alcohol, estudiando los trastornos que se producían en la neoglucogénesis y en el metabolismo de la fosfatidil colina, así como la variabilidad de la resistencia de la membrana hepatocitaria.

LA OBRA ESCRITA

Un segundo aspecto de alguien que pasa a entrar en nuestra historia médica es el relativo a la obra escrita. El profesor Amador Schüller publicó más de una docena de libros y cerca de 320 publicaciones científicas en revistas nacionales e internacionales. Sus artículos en revistas abarcaron todo el campo de la medicina interna demostrando un interés manifiesto en expresar a través de la obra escrita su concepto más extenso de la medicina interna. Al margen de lo anterior profundizó en sus publicaciones en aspectos más concretos algunos de los cuales ya han sido esbozados aunque sea someramente.

Su *Tratado Medicina Interna* en tres volúmenes, publicados entre 1981 y 1983, reflejaba su concepción de la medicina. Su pensar, enciclopédico amparado en una gran memoria, lo transformaba gracias a su inteligencia y capacidad de trabajo en el ejemplo de lo sintético. Consiguió junto a sus discípulos y colaboradores una gran obra, referencia obligada en el campo de la Medicina Interna. Otros

libros a destacar son *Enfermedades del aparato locomotor* (Madrid, 1959) con Fernando Enríquez de Salamanca, *Lípidos plasmáticos: algunos aspectos bioquímicos y patológicos* (Madrid, 1968) con Dusko Jelavic, *Porfiria hepatocutánea tarda* (Barcelona, 1969) con Dusko Jelavic, *El SIDA e infecciones de alta mortalidad* (Madrid, 1990), *Alcohol y enfermedad* (Madrid, 1991), *Aspectos actuales del alcoholismo* (Madrid, 1992), *Síndromes autoinmunes múltiples* (Madrid, 1996), y *Metabolismo de las porfirinas y porfirias* (Madrid, 2000) con Rafael Enríquez de Salamanca.

Quisiera es este apartado señalar además que mostró una sensibilidad especial por el arte y la historia, campo en el que publicó, entre otros títulos, *Médicos Cántabros* (Santander, 1985), *La patología de la pintura de Velázquez* (2002), *Vida y obra de Mateo Orfila* (2003) y *Gordos y flacos en la pintura* (2004), quedando inédito un impresionante libro sobre *La Medicina y la pintura* que por su extensión, iconografía y alto coste de producción, ningún editor se atrevió a acometer su edición. Esperemos que algún día podamos ver esa obra para disfrute y aprendizaje de todos. Su pasión por las bellas artes era manifiesta, y aún recuerdo como en un viaje a Roma a un congreso de medicina interna y al que asistimos con él, mi hermano Eduardo, hoy también Académico de número de esta Real Academia, José de Portugal, Carlos Perezagua, Indalecio Candel y yo mismo, quedamos sorprendidos por sus conocimientos exhaustivos de la obra de Bernini.

LA FORMACIÓN DE ESCUELA

La formación de escuela es algo consustancial a un maestro como lo fue Amador Schüller. Él fue un auténtico maestro. Formó a muchas promociones médicas, y de sus enseñanzas salieron multitud de auténticos médicos, generalistas, internistas o especialistas. Algunos de sus más destacados discípulos fueron, entre otros muchos, Dusko Jelavic Vukosav, Pedro Betancor León, Luis Valdivieso, Antonio García de la Fuente, Ángel del Palacio Pérez-Medel, Antonio Pozuelo o Jesús Ramírez.

Digo que fue un auténtico maestro y no solo un magnífico profesor, que también. Reitero con frecuencia que maestro no es solo aquél que irradia ciencia y conocimientos, sino un «saber ser y estar» que no está al alcance de cualquiera. Pudo además disfrutar de

los últimos momentos de una Universidad en el que la relación respetuosa, de admiración y reconocimiento hacia la figura del maestro era algo que formaba parte de la vida misma. Hoy por el contrario, la sociedad y la universidad ha cambiado y se atisban comportamientos de negación a ser discípulos, bajo las mediocres estrategias pseudointelectuales de que ya no existen maestros. Amador Schüller transmitía algo más que simples conocimientos, integrándose plenamente en ese binomio indisoluble que es maestro-discípulo o discípulo-maestro.

He dicho en otra ocasión que la capacidad de ser maestro y discípulo solo la tiene un maestro. Esa capacidad de ser discípulo y maestro solo la tiene alguien que haya sido un buen un discípulo. Amador Schüller supo ser discípulo y maestro, un privilegio no al alcance de cualquiera. La acertada frase de don Pedro Laín, *Mal maestro, el que llegada una situación en su vida no sabe ser discípulo de su discípulo. Mal discípulo, el que llegada una situación en su vida no sabe ser maestro de su maestro*, debería ser recordada de continuo por todos aquellos que profesamos nuestra admiración por los maestros y aceptamos ser sus discípulos como compromiso vital.

LA RELEVANCIA DE LOS PUESTOS DE RESPONSABILIDAD QUE DESEMPEÑARON

Amador Schüller a lo largo de su vida asumió multitud de responsabilidades, basadas en su vocación y el cumplimiento de los compromisos que con él mismo fue adquiriendo a lo largo de su vida. De sólidas convicciones, su concepto del compromiso le llevaba a asumir arduas tareas, lo cual hacía con profunda satisfacción y con un grado de entrega digno de admiración. No solo asumió las tareas de la Cátedra y las diferentes Jefaturas de Servicio que a lo largo de su vida desempeñó. Fue además Director del Jefe del Departamento de Medicina Interna de la Universidad Complutense de Madrid, el mayor en número de profesores numerarios de toda España, Director de la Escuela Profesional de Aparato Digestivo, Vice-decano de la Facultad de Medicina de Madrid y además Rector de la Universidad Complutense.

En 1984 y tras convocarse elecciones al Claustro Constituyente de la Universidad Complutense de Madrid, fue elegido primero miembro del Claustro y a continuación Rector. De nuevo asume el

honor y el compromiso. Configura un equipo con profesores de gran prestigio y se entrega al trabajo como era costumbre en él. Dedicación completa. Se encuentra una Universidad difícil, desilusionada, dividida, muy politizada y no deseable para acometer un trabajo tranquilo. Pero no le asusta la empresa sino que le estimula. Pronto comienza a demostrar que lo que parecía imposible no lo es, que las diferencias no son tantas, impone un nuevo estilo, concilia, modera, subyuga y atrae incluso a aquellos que más se opusieron a su elección. No era un Rector con intenciones políticas, sino un Rector con intenciones universitarias. Y eso caló y dio sus frutos. No es momento de profundizar en todo aquello destacable de su labor, ni en los sinsabores y decisiones difíciles que tuvo que tomar. Es momento simplemente de resaltar que destacó en él su capacidad de llevar a la Universidad a ser entendida por todos y que todos trabajáramos por ella con una nueva ilusión. Al finalizar su mandato, obligado por la jubilación anticipada, fue nombrado Rector Honorario de la Universidad Complutense.

En el marco de la importancia de los puestos de responsabilidad que desempeñó tiene especial relevancia el que en el año 2002 fuese elegido Presidente de la Real Academia Nacional de Medicina. Un reconocimiento más en su vida pero asumiendo nuevas responsabilidades a las que nunca obvió. Siempre cerca de los problemas del día a día representó a la Real Academia con gran estilo y sabiduría. Sabía lo que era la Academia, pues la tenía metida en la cabeza, y de la enorme responsabilidad de ser un órgano del Estado, tal como constan en la Constitución Española, con S.M. el Rey a la cabeza, y que no era lugar para tratar de intereses ajenos a la propia esencia académica.

A su prestigio profesional y científico, se le unía su espíritu de hombre bueno que irradiaba en el mundo académico una gran paz y serenidad. A lo largo de su vida en esta Real Academia asistió a un total de 1.016 sesiones de todo tipo, llegando a presidir 204 de ellas. Durante su mandato pues, cumplió con su compromiso de forma ejemplar, y fue excepcional que faltara a alguna sesión de la Academia, dejando otras ocupaciones e incluso en momentos difíciles para él.

Es de destacar que bajo su presidencia se puso en marcha la reforma de los estatutos que están pendientes de aprobarse por el Ministerio de Educación, se creó el Premio Nacional de Cirugía Pedro Virgili junto al Ayuntamiento de Cádiz y la Real Academia de

Medicina de Cádiz y se participó durante 4 años en Fisalud. Además también bajo su mandato presidencial se aprobó la contratación del equipo lexicográfico que actualmente trabaja en el Diccionario de Términos Médicos bajo la dirección del profesor Hipólito Durán. Otras actividades de realce fueron la Reunión Conjunta con la Academia de Medicina de Brasil y la Sesión Interacadémica con la Real Academia Nacional de Farmacia, ambas celebradas en 2004. Justo es decir que el trabajo que realizó, con la importante asistencia del Secretario General, el Excmo. Sr. D. Juan Jiménez Collado y toda la Junta Directiva, permanece al día de hoy totalmente vivo.

Su actividad en la Academia como conferenciante fue extensa y siempre llena de enseñanzas. Entre ellas son de resaltar las dedicadas a la hepatopatía alcohólica, a diversos aspectos de la obesidad, al metabolismo lipídico y su relación con la placa de ateroma, al SIDA, a las porfirinas, y como no a uno de sus temas favoritos como eran las enfermedades de aparato locomotor. Todos recordamos aún su última conferencia en mayo de 2009 sobre los reumatismos, con una referencia pormenorizada de las enfermedades reumáticas desde sus primeras descripciones hasta la actualidad. Además brilló, como hemos dicho, por sus aportaciones relacionadas con la medicina en la pintura, presentando interesantes y novedosos estudios sobre la pintura de Velázquez, o Gordos y flacos en la pintura, o su estudio biográfico sobre Mateo de Orfila, científico español de la primera mitad del siglo XIX, afincado en París y padre de la toxicología.

Pero no solo nos deleitó con sus conferencias y aportaciones sino que además contestó a un buen número de nuevos Académicos en el acto de su ingreso en esta Real Academia, como fueron a los Excmos. Sres. Don Alberto Portera Sánchez, Don Guillermo Suárez Fernández, Don Miguel Lucas Tomás, Don Fernando Reinoso Suárez, Don Enrique Moreno González y Don Enrique Blázquez Fernández.

EL RECONOCIMIENTO DE LA COMUNIDAD CIENTÍFICA

De los muchos momentos importantes en la vida del profesor Amador Schüller uno de ellos fue cuando fue elegido en 1980 Presidente de la Sociedad Española de Medicina Interna. Había trabajado duro en ella siendo primero su secretario y más tarde vicepresidente. Era un sueño anhelado, un reconocimiento importante, que

le convertía en el máximo representante de la medicina interna científica en España. En esos momentos la medicina vivía momentos de cambios con el desarrollo imparable de las especialidades médicas. La oposición frontal a la autonomía de las especialidades de muchos internistas había generado gran tensión, y finalmente un perjuicio a la propia personalidad y significación de la medicina interna. Amador Schüller recompuso, siempre con el estilo moderado y conciliador que le caracterizaba, el ambiente enrarecido que claramente estaba perjudicando a la medicina interna. Repetía con frecuencia que había que evitar lo que denominaba como «las guerras médicas». Internista convencido, pensaba que el desarrollo de las especialidades médicas era imparable, y que por tanto lo que debían hacer los internistas no era otra cosa que profundizar en su especialidad, y convivir y aprender de cuanto hicieran los más especializados. Su mensaje era claro, como lo fue a lo largo de su vida en cuantas responsabilidades ocupó. Trabajar y estudiar más.

Miembro de la Sociedad Internacional de Medicina Interna y de la Academia de Ciencias de Nueva York, en 1982 al terminar su mandato en la Sociedad Española de Medicina Interna fue nombrado Miembro de Honor. Difícil, por no decir imposible, es mencionar sin olvidar nada, la enorme cantidad de reconocimientos y distinciones que recibió a lo largo de su vida tanto por parte de la comunidad científica, universitaria y académica, como de la sociedad civil. Baste como botón de muestra recordar que fue Doctor honoris causa por la Universidad de Valladolid y por la Universidad Rey Juan Carlos, Académico honorario de la Real Academia de Medicina de Francia, Valladolid y Cantabria, numerario de la Real Academia de Doctores, y correspondiente de las Academias de Medicina de Paraguay, México y Brasil. Le fue otorgada además la Medalla de Honor del Departamento de Medicina, la Medalla de Oro de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid, la Medalla de Oro de la Comunidad de Madrid, siendo además miembro del Colegio Libre de Eméritos.

EL RECONOCIMIENTO DE LA SOCIEDAD EN GENERAL

Además de la comunidad científica, la sociedad civil reconoció sus méritos y entrega de una vida. Recibió multitud de honores y distinciones, destacando entre otros muchos, la Gran Cruz de la

Orden del Mérito Civil, la Gran Cruz de la Orden Civil de Sanidad, la Gran Cruz al Mérito Aeronáutico, la Gran Cruz Caballero Oficial de la Orden de la República de Italia, y «ABC» de Oro.

Su compromiso con la sociedad le llevó a lo largo de su vida a incorporarse al patronato de diversas fundaciones como Fundación Marañón de la que además fue su Presidente, Fundación Ortega y Gasset, Fundación Mutua Madrileña, Fundación Banco Santander, Fundación Conde de Cartagena, Fundación Ernesto Seco, Fundación Benavides, Fundación Salud 2000, etc.

LA PERSONA

No quisiera acabar esta intervención sin dedicar unas líneas a Amador Schüller como persona. Además de profundamente trabajador como se desprende de su trayectoria, fue una persona de una calidad humana sensacional. Un hombre entero en el que tanto su sistema cortical como el límbico se encontraban en un perfecto estado de equilibrio. De sólidas y profundas convicciones, su interpretación de la vida la realizó de forma trascendente basada fundamentalmente en la familia y en los más íntimos. Tuvo una vida feliz y una familia a la que adoraba y admiraba. Perdió una hija que despertaba a la vida, y la suya la rehízo con gran esfuerzo y enorme entereza. Golpe tremendo que le dio la vida y que ni un solo día de su vida olvidó. Gracias a María Teresa, su mujer, y al resto de sus hijos consiguió la felicidad que siempre mostraba. También, en edades avanzadas, perdió a María Teresa, apoyo indispensable para entender su vida personal y profesional.

Disfrutaba de cuanto podía y no solo con el trabajo y la familia. Decía Jean Paul Sartre que «la felicidad no es hacer lo que uno quiere sino querer lo que uno hace», y Amador Schüller era una de esas personas que se volcaba con lo que hacía consiguiendo esa ansiada felicidad que todos buscamos. Todo lo conciliaba. El trabajo y la vida cotidiana. Su vida estaba llena de amigos, frecuentando tertulias de alto nivel intelectual si el tiempo se lo permitía, viendo a su Atleti aunque fuera por televisión o acudiendo a los toros si se daban las circunstancias. Junto con José de Portugal, Carlos Perezagua, Eduardo Díaz-Rubio, Ángel Marañón, Javier Rodríguez y no pocas veces con su hijo Amador, Enrique, hijo de Portugal, o mi hijo Manolo, hemos ido durante muchos años a los toros no solo en Madrid, sino

también en Valladolid, Salamanca, Valdemorillo u otros lugares. Era un gran entendido y disfrutaba incluso cuando la corrida era horrible. Amador Schüller fue una persona extremadamente sensible y aunque pudiese parecer frío en ocasiones vivía un mundo emocional sumamente rico. De una gran bondad, ayudó a lo largo de su vida a cuantos pudo, sacrificándose él en muchas ocasiones. Sus defectos, que los tendría como todo ser humano, quedaban en su caso ensombrecidos por sus muchas virtudes y los valores que transmitía. Repito que fue una persona esencialmente buena, un gran caballero y una referencia moral para cuantos le rodeaban. Trabajador incansable, con una voluntad de hierro, destacaba por su moderación, paciencia, tolerancia, humildad y capacidad de conciliación, mostrando continuamente a los demás un sentimiento de gratitud digno de admiración.

De alguna forma todos estamos marcados por la huella que dejaron en nosotros las personas a las que respetamos, admiramos y quisimos. En ocasiones esas huellas son tan profundas que difícilmente podemos vivir sin reconocer su existencia. Es evidente que ello no se refiere solo a las que marcan a las personas sino también a las instituciones, y en este caso a la Real Academia Nacional de Medicina. El profesor Amador Schüller con su estilo dejó una huella imposible de borrar. Fue un gran caballero y un gran médico. Un gran caballero de la vida, de la ciencia, de la medicina, de la Universidad, de la Academia y de cuanto tocaba. Un gran médico, para enseñar y ayudar a todo aquel que le necesitaba.

Quiero terminar manifestando en nombre de la Real Academia Nacional de Medicina y en el mío propio el más profundo pesar por la pérdida de un Académico tan distinguido y querido. Hoy todos sentimos un gran vacío por no tener con nosotros al profesor Amador Schüller. Quiero transmitir también a sus hijos, nietos y a toda su familia que ese vacío no se llenará nunca y que su figura permanecerá en nuestros corazones con mensajes importantes que ninguno de los presentes olvidaremos. Maite, Maisi, Paloma, Mili, Amador, y Luis, mi cordón umbilical con él durante mucho tiempo, tened la seguridad que nadie le olvidará, y que esta Institución, y cada uno de sus miembros, lo tendrá en su memoria de forma permanente. Así como a toda su familia, nuestros sentimientos de pesar se extienden a todos sus discípulos, amigos, compañeros y a cuanta gente de bien le tuvo presente en algún momento de su vida.

Excmos. Sres. Académicos, señoras y señores, como en otras

ocasiones, finalizo esta intervención haciendo una súplica a cuantos hoy estamos en esta sesión en su memoria. La cortesía académica y la buena educación les llevaría a todos ustedes a aplaudir las palabras por mi pronunciadas, pero a todos quisiera pedirles en vez del aplauso, el silencio, silencio que cada uno cada uno de nosotros llenaremos con los recuerdos y sentimientos que en todos nosotros dejó y despertó la figura del Excmo. Sr. Amador Schüller Pérez.

He dicho

INTERVENCIONES

Prof. Suárez Fernández

A pesar de mi afonía tengo mucho interés en esta intervención, y razones no me faltan. Yo conocí al Prof. Schüller siendo Decano de la Facultad de Veterinaria de Madrid cuando él llegó al Rectorado. La Facultad que había sido concebida para seiscientos estudiantes, en aquellos momentos tenía más del cuatro mil, tenía muchos problemas pero quizá ese era el más grave, y yo recibí al nuevo Rector con gran esperanza, y él nunca me defraudó. Esto nos llevó a tener un contacto permanente y largo que terminó en una gran amistad, efectivamente él me propuso en la Academia, esta Nacional de Medicina y firmó mi presentación y en el momento oportuno, cuando yo leí el discurso, él contestó con un discurso muy bonito, que siempre recordaré. Yo quisiera añadir algo a la personalidad tan bien descrita por el Sr. Presidente, de Schüller, y voy a hacerlo citando un hecho concreto, con toda la brevedad que pueda, como consecuencia de esa masificación que teníamos, yo estaba un poco ya rallando en la desesperación, invité al Prof. Schüller y al mismo tiempo al Director General de Enseñanza Universitaria, al que conocía personalmente porque había estado en el equipo del Rector anterior, D. Francisco Bustelo, a que visitaran la Facultad, acudió el Prof. Schüller pero no el Director General, empecé a enseñarle la Facultad y él se iba quedando atónico de lo que veía, clases abarrotadas de gente, casi sin dejar mover al profesor delante de la pizarra, pero hay un detalle que quiero destacar, lo que más le impresionó de todo fue que cuando entramos a ver en el Departamento de Anatomía Patológica, estaban haciendo una autopsia y había centenares de muchachos alrededor, D. Amador Schüller que tenía una estatura considerable dijo «pero si yo no puedo ver nada, esto es

perder el tiempo, esto no puede ser», salió muy mal impresionado de aquello, «una Facultad del Área de la Salud esté en estas condiciones..., mira, yo te voy prometer algo, en el próximo Consejo de Universidades llevaré este problema y lo defenderé con toda mi alma», el Ministerio era totalmente reacio a reducir el número, pasaron los días y un día muy temprano me dice la Secretaría del Decanato «Sr. Decano está al teléfono el Director General de Enseñanza Universitaria», me puse al teléfono y como nos conocíamos me trató con una voz fuerte «¿qué has dicho al Rector que nos ha armado este lío ayer en el Consejo de Universidades, qué le has contado?», yo dije «nada, absolutamente nada, vino a ver la Facultad, y si tu hubieras venido no me estarías llamando ahora», se terminó la conversación y se acabó concediendo esto. Él nunca me dio muchas explicaciones de cómo lo había logrado, pero una vez que tuve la oportunidad de reunirme con unos amigos, y uno de los cuales era el Rector de la Universidad de La Laguna, en aquel entonces me explicó lo que había hecho D. Amador, me dijo «mira, no te das idea, el interés que puso, los razonamientos que utilizó, y cuando no se le escuchaba bien, se levantó con su altura, levantó los brazos, y no se le concedía la limitación de alumnos, entonces él pidió una votación, no se atrevieron a negarla y ganó aplastante que había que cortar la entrada», y así se solucionó ese problema en la Facultad de Veterinaria de Madrid, en un curso sólo en ella, y en los demás cursos las demás Facultades empezaron a pedir.

Con esto yo quiero definir algo que hasta ahora no se ha mencionado, que D. Amador Schüller era tremendamente eficaz cuando le convencías de que había una necesidad que corregir, tremendamente eficaz, esta cualidad unámosla a las que también se han definido hasta este momento. Muchas gracias y yo quiero sumarme con la familia al dolor de estos momentos.

Prof. Marañón Cabello, *Presidente de la Real Academia de Medicina de Valladolid*

Muchas gracias Excmo. Sr. Presidente por concederme el privilegio de poder participar en este solemne y emblemático acto, en un día tan señalado en la ya larga y gloriosa historia de esta egregia Institución, espejo de la grandeza de la medicina española. Su invitación la acepté con presteza como un deber que va más allá de la

pura cortesía, pues estuvo alentado por el fuerte sentimiento de admiración y de amistad auténtica que la magna figura del profesor Amador Schüller siempre me inspiraron.

Como ya se ha señalado, el Doctor Schüller es una de las grandes figuras de la medicina española, continuador de aquella pléyade de grandes internistas del siglo XX. Pertenecía, por tanto, a esa estirpe de grandes clínicos o, si se prefiere, de fisiopatólogos clínicos que poseían un dominio equilibrado y armónico de la medicina, a la vez que eran creadores de selectos grupos de trabajo y, a fin de cuentas, de escuela.

Como gran maestro, además de medicina, enseñaba muchas otras cosas, despertaba inquietudes, fomentaba el espíritu del trabajo, la responsabilidad, la vocación de servicio y ofrecía un sentido del hombre a través de su propio ejercicio médico.

Fue un maestro de la medicina, un insuperable médico clínico para el que el ejercicio de la medicina constituía una auténtica pasión. Inculcaba principios y valores, y virtudes como la generosidad, el afecto y el calor humano en la relación con los pacientes. Enseñaba también que la perseverancia y el esfuerzo no lastiman, que la memoria alimenta el espíritu, que la voluntad forja el carácter y que, incluso las amarguras y las lágrimas de la vida, pueden servir para germinar la grandeza.

Fue un hombre honesto, cabal, profundamente humano y generoso, extremadamente recto y dotado de una gran dosis de modestia. Fue un maestro tan entero que sólo la muerte pudo arrebatarse su incomparable magisterio que constituía un puro destilado de lógica, raciocinio y arte de curar.

Yo pienso que al final de sus días se hicieron realidad en D. Amador, aquellos bellos pensamientos con que Bertrand Russell comienza sus memorias: *«tres pasiones simples, pero intensas, han presidido mi vida; el ansia de amor al prójimo, la búsqueda permanente de la verdad y una insoportable piedad por los sufrimientos de los seres humanos»*.

Siempre permanecerá en lo mejor de mis sentimientos y en lo más profundo de mis recuerdos.

Prof. Carro Otero, *Presidente de la Real Academia de Medicina de Galicia*

Apenas unas palabras en nombre de la Real Academia que me honro en presidir y que en este momento represento, para adherir-

me al sentimiento de esta Regia Corporación, expresado de manera completa en la intervención del Excmo. Sr. Presidente. Quienes hemos tenido la satisfacción de conocerle, aunque en su vejez, hemos podido apreciar su categoría humana, médica y Académica. Las relaciones con Galicia son de un recuerdo imborrable y de esta manera quiero a través de voz hacer presente hoy aquí el sentimiento de los Académicos gallegos. Muchas gracias.

Prof. Reinoso Suárez

Gracias Sr. Presidente.

Empiezo por unirme a todo lo mucho y bueno que se ha dicho del Prof. D. Amador Schüller Pérez. Yo quisiera sólo añadir unas breves reflexiones personales.

Tuve la primera noticia del Prof. Schüller cuando obtuvo la Cátedra de Patología Médica de Cádiz en el año 1967. En aquel momento yo era Decano de la Facultad de Medicina de Navarra y alguien comentó, posiblemente el Prof. Ortiz de Landázuri, refiriéndose a él que era un gran profesional médico, con extraordinarias cualidades docentes y preparación científica y con destacadas virtudes humanas, incluyendo nobleza, energía y capacidad de trabajo; sobre todo, que era una muy buena persona.

Desde entonces seguí su trayectoria y pude, p.ej., observar como defendía en tribunales de algunas oposiciones, que seguí muy de cerca: la verdad, la inteligencia, el trabajo bien hecho, la calidad científica y preparación clínica y universitaria, sin doblegarse en ningún momento a intereses de otra naturaleza. Envidié desde la Universidad Autónoma su, a veces heroico, bien hacer como Rector de la Universidad Complutense desde el año 1983 al 1987. Unos años después hice amistad con él y fue uno de los Académicos que me animaron a presentarme a la Plaza de Anatomía en la Real Academia Nacional de Medicina. Tal fue el entendimiento que tuvimos en aquellos años que fue el Académico que contestó en 1995 mi discurso de entrada en la Academia.

Durante los años siguientes nuestra amistad se consolidó y prácticamente todos los martes después de la sesión de la Academia íbamos juntos hasta su casa en cuya puerta permanecíamos largos ratos hablando, diría coloquialmente, de lo divino y de lo humano. En esos años fue mi médico y en su despacho tuvimos larguísimos ratos de conversaciones que él hacía profundas. Deseo destacar, en

particular, su amor y defensa de la Libertad (que he escrito con mayúscula), de la Verdad (también con mayúscula), del bien hacer y bien acabar, ...de la Medicina Interna, de los valores tradicionales de la Medicina, de la dignidad del médico, de la obligación del médico de defender la vida humana desde su comienzo en la fecundación hasta su muerte natural, de la obligación del médico de curar y aliviar y hacerlo bien, en base a una buena preparación y responsabilidad; destaco, finalmente, su convencimiento de la necesidad de la investigación básica y la investigación clínica.

Hay un hecho que me impresionó siempre: su voz clara y firme, a veces enérgica, se tornaba dulce y suave cuando hablaba de su familia, abuelos, padres, hijos y nietos, sobre todo cuando lo hacía de estos últimos; por ello comprendí perfectamente la emoción de las nietas y el nieto que intervinieron al final del funeral que se celebró en septiembre para pedir por su felicidad eterna en la iglesia de San Fermín de los Navarros.

Terminábamos en más de una ocasión hablando de fe, era un hombre con una profunda fe en todo lo bueno de la humanidad y una enorme Fe en Dios. Se confesaba católico convencido con sencillez y naturalidad, con gran firmeza y dispuesto a que esa Fe impregnase toda su vida; estoy seguro que impregnó también su tránsito a su nueva vida. Por ello, igualmente estoy seguro que está ahora allí, disfrutando de una felicidad, que será eterna, y velando por el bien hacer de todo lo que quiso con pasión en esta vida de aquí, como son su familia, sus pacientes, sus discípulos, sus compañeros y amigos, y su Real Academia Nacional de Medicina.

Prof. Clavero Núñez

Yo conocí al Prof. Schüller en una situación un tanto tensa, un tanto desagradable, que no predecía nada bueno para el futuro. Éramos los dos profesores adjuntos, él como ya ha dicho del Prof. Díaz-Rubio y del Prof. Botella y en aquella época, también se ha dicho, había muchísimos estudiantes, hasta el punto que teníamos que dar, repetir clases por las tardes, dos a la semana. El primer día me presenté yo, iba hacia mi aula y me encontré en la puerta del aula a una persona de enorme estatura, de una corpulencia tremenda rodeado de estudiantes y me interpeló, con esa voz peculiar que él tenía, si yo era el Profesor Clavero, yo asentí, y me dijo «tus alum-

nos han invadido mi aula y no me dejan dar la clase», la verdad es que me dio un poco de miedo, si hubiera insistido yo le dejo la clase lo que hubiera querido, sin embargo me di cuenta en seguida que tenía una enorme complejidad y dijo «mira, lo mejor será que suspendamos la clase hoy, mañana hablemos con nuestros jefes y que se decida que se va a hacer», así fue, pero los jefes que eran muy amigos entre ellos, decidieron que eso era un problema de antigüedad y tenía que ser el Sr. Decano el que tenía que decidir. Y allá que fuimos el bueno de D. Amador y yo a hablar con el Decano de entonces que era el Prof. Velázquez, D. Benigno, hombre que ha sido Presidente de esta Academia durante muchos años, pues se distinguía entre otras cosas, por su perspicacia y su sagacidad, y dijo «mirar, en este momento es casi imposible dilucidar quien tiene más antigüedad», no había ordenador, todo era papel y lápiz y no había fechas exactas porque los dos habían hecho traslados, había una serie de lagunas y por lo tanto hubiera sido una discusión interminable quien tenía más antigüedad, y nos dijo lo siguiente: «justo al lado de ese aula hay otra vacía a la misma hora, poneros de acuerdo y cada día cambiáis de aula, con lo cual no se da razón ni se le quita a ninguno de los profesores», nos miramos los dos y me di cuenta en ese momento de la enorme química positiva, de la empatía que había entre los dos, lo cual se demostró más adelante. Bien, pasaron los tiempos, no muchos, y coincidimos de nuevo en el Hospital Provincial, entonces Francisco Franco luego Marañón, él como Jefe de un Servicio de Patología Médica y yo de Ginecología, entonces había una costumbre inveterada a través de los siglos, que ha desaparecido por desgracia, en virtud del cual el Decano de los médicos nos reunía todos los meses a los Jefes de Servicio a cenar, en esas cenas hablábamos de muchísimos temas, problemas del hospital, temas de investigación, y por supuesto íbamos uniendo más nuestra amistad, él y yo nos sentábamos frecuentemente en la misma mesa y charlábamos muchísimo y eso hizo que nuestra amistad fuera cada vez siendo más fuerte. Poco después, cuando fue Rector tuvo un trato especial, yo creo que con todos nosotros tuvo un trato maravilloso, pero yo creo que conmigo acaso un poco más especial porque me hizo favores enormes, y eso y otras muchas más cosas como los veintitantos años que hemos coincidido en esta Academia, repito que ha hecho de nosotros dos amigos entrañables y sinceros. Pero no solamente ha sido mi buen amigo, sino ha sido muy buen médico y termino estas palabras diciéndoles como me inicié de paciente

del Prof. Schüller, por aquella época yo tenía una llamada artrosis en un pie que me tenía baldado y nadie daba con ella, y una mañana de Nochebuena, tan mal estaba que me atreví a llamarle y dije «mira Amador, siento mucho molestarte un día como hoy, pero sé que tu eres un experto en patología de las extremidades, y te pido por favor que vengas a casa», no tardó ni diez minutos en presentarse, el día de Nochebuena, seguro que en taxi porque a él no le gustaba conducir, llega a casa y yo empiezo a contarle mi historial clínico, él se me queda mirando y me dice «quítate el calcetín», como hablaba él, me lo quito, y me dice «eso es una gota», «pero... si tengo el ácido úrico bajísimo...», «eso es una gota, tu eres un gotoso», lo cual me dolió mucho, y con ácido úrico bajo tienes un ataque de gota, pues tenía razón, desde entonces me puse en tratamiento y hasta el día de hoy no he vuelto a tener ningún ataque de gota.

Cuando se pierde a un amigo siempre es triste, pero cuando se pierde a un amigo con esas condiciones que él tenía, que aquí se han oído, pues es mucho más triste, mucho más penoso el trámite, por eso yo también quiero dar mi más sentido pésame a la familia porque son los que están más de cerca sintiendo esa tremenda pérdida que todos hemos tenido, nada más muchas gracias.

Prof.^a Maroto Vela

Simplemente quiero decir una cosa, fue mi último Profesor y ha sido como si me partieran algo dentro de mi, cuando se pierde alguien que te ha enseñado, al cual debes tantas cosas, se pierde un referente, y en este caso el Prof. Schüller ha sido mi referente, ha sido mi Profesor, ha sido mi compañero en esta Academia y yo siempre le recordaré, muchas gracias.

Prof. Jiménez Collado

Nuestra Facultad de Medicina, tenía a finales de los años 50 y principio de los sesenta, una distinta configuración física en sus dependencias; lo que hoy es la Secretaría General la ocupaba entonces la Cafetería y Comedor; en ella había una pequeña habitación en la que solíamos desayunar los entonces Profesores Adjuntos de básicas, reuniones a las que se incorporaban frecuentemente los Adjuntos de Clínicas cuando se desplazaban a nuestro Centro.

Amador Schüller siempre era asiduo a este grupo; allí le conocí. En una ocasión, enterado que había publicado sobre el desarrollo de las gónadas, me solicitó lo que tenía hecho, así como la bibliografía embrionaria manejada, pues él estaba redactando el interesante capítulo de la Intersexualidad. Allí se inició nuestra amistad, allí conocí a una persona con exquisita formación intelectual y cultural, modesto, inteligente y sobre todo generoso y humano, firme creyente en el Dios de nuestros padres, personalidad que a lo largo de los años, siempre reflejó con luz propia.

Creamos una amistad sincera, duradera en el tiempo y en nuestros afectos, en los que la verdad y sus sentimientos, fueron recios pilares de sinceridad.

Fuistes un hombre bueno y cabal.

He tenido la suerte de tener amigos como Amador, de todos ellos aprendí lo poco que me va quedando en la sensibilidad y pensamiento; de todos ellos, sin sembrar, recogí y como verdad biológica, nos vienen nubes de melancolía, que mucho me temo, anuncian atender más a los recuerdos que a las esperanzas.

Me invitaste a tu toma de posesión como Catedrático en la Facultad de Medicina de Cádiz, allí me desplazé. Yo lo hice en la mía en la Universidad de Murcia, allí tú fuiste testigo.

Tu gran fortuna la supiste crear con ilusión: tener discípulos en tu verdad científica; fuistes recio tronco que pudo y supo hacer crecer un frondoso ramaje de segundos y terceros brotes, todo ello con ternura, que te gustaba guardar y proteger con un ademán de rigidez distinto a tu auténtico sentir.

Fuistes un hombre libre, tan refractario al sectarismo como a la mezquindad; profundo y respetuoso, gozabas con entusiasmo, pasión desbordada y amor para todos y todo lo que considerabas bueno y auténtico.

Mi querido amigo: ya no tendremos más encuentros en los tibios mediodías en el Paseo Pintor Rosales, en donde archivada en tu prodigiosa memoria los avatares sociales, culturales y políticos del siglo XX, dabas sin querer saberlo, pedazos de historia irrepetible.

Solías en la intimidad del amigo decir: no es necesario y aún menos obligado, acumular cifras y datos, sino pensar, y si es posible, con tranquilidad.

Diálogo de amistad y consejo; esta fue tu norma.

Tu amistad fue más que un lujo, un profundo honor.

Las Sesiones de Junta Directiva durante tu Presidencia difícilmen-

te se podrán olvidar a cuantos en ella participamos; en sus Actas han quedado refrendados etapas y compromisos de nuestra y para nuestra Academia, necesario para la vida institucional por ti dirigida en la que se fraguó con renovadas ilusiones y noble ambición, un singular e histórico momento: los trabajos primeros y la redacción final de los nuevos Estatutos de esta Real Academia.

Gracias por lo que en esta Academia has hecho y dejaste hacer, por tus desvelos y proyectos, uno de ellos muy querido: conectar y transmitir el conocimiento en que opera esta Institución a la Sociedad, poderosa herramienta para elaborar respuestas a las demandas de nuestro tiempo.

Quisiste a esta Academia hasta el último aliento, que hoy Dios te guarde y acompañe.

Descansa en paz.

Prof. Serrano Ríos

Muy brevemente porque el estado emotivo en que uno se encuentra hace muy difícil el sintetizar la figura y el Presidente lo ha hecho magistralmente. Yo solo quiero subrayar que he tenido uno de los mayores privilegios de mi vida que ha sido el ser el sustituto, el que siguió su labor en la Cátedra, en el año 1986 y desde entonces D. Amador, que es como yo le llamaba durante mucho tiempo no sólo perdió el contacto con la Cátedra sino que juntos hicimos una continuidad de parte de los trabajos que él había iniciado y sobre todo tuve el gran privilegio de heredar su laboratorio, cosa que quizás es la que refleja de manera más pragmática cuál fue el impacto real de su integración de asistencia clínica e investigación. Aquel laboratorio, que ya se ha dicho, formó junto con el Prof. Martín Municio, en unas condiciones heroicas, desde los muebles hasta la financiación, hasta los becarios, pues ha sido quizás uno de los núcleos de que posteriormente en el Hospital Clínico de San Carlos se haya creado una masa crítica, junto a otros laboratorios, que hoy es continuada en el área de investigación. En ese periodo de tiempo yo pude apreciar todo lo que se ha dicho aquí, de construir una figura tan gigantesca como Amador Schüller es muy difícil, por supuesto que era una persona de extraordinaria bondad, pero a veces incluso su impresionante figura física, incluso su voz potente, ocultaban una timidez extraordinaria, eso fue lo que yo percibí en muchas ocasio-

nes, eso le hacía sufrir más de lo que parecía, en el sentido de que en ocasiones tubo que deglutir por así decirlo, situaciones muy muy amargas, y yo voy a contar una. Cuando D. Amador dejó la Cátedra, su despacho quedó cerrado y yo tuve que ir con él personalmente al propio Decanato y posteriormente al Rectorado para pedir muebles que prácticamente subimos a hombros, yo esto no lo quería contar, aquello a mi me traumatizó tremendamente y me quedé asombrado de la humildad, de la bondad con que aceptó aquella situación. Para mi ha sido uno de los personajes más influyentes en mi vida personal, que después pude comprobar en una ocasión muy dramática de nuestras propias vidas y por eso yo creo que hoy es un momento difícil de sintetizar. Para terminar, desde luego sé muy bien lo que es perder gente muy querida y por eso esta Academia tiene una gran pérdida que quizás pueda en el futuro crear una suerte de lección conmemorativa o de lo que fuera para que se quedara plasmada en actos prácticos la figura de Amador Schüller y desde luego me uno muy profundamente a la condolencia a la familia de D. Amador y por supuesto a toda la familia Académica y médica, creo que Amador Schüller fue un fin de época para la Medicina Interna y al mismo tiempo una apertura para otra época de la Medicina Interna y su relación con las especialidades.

Prof. González de Posada

Gracias Presidente. Yo tuve la enorme suerte de conocer al Prof. Amador Schüller en su etapa de Rector, coincidimos prácticamente en ese periodo suyo y mío, yo en la Universidad de Cantabria, después tuve también el honor de convivir con él en Lanzarote durante los cursos de la Universidad de Verano de Lanzarote durante ocho años y él acabó siendo Académico de Honor de la Academia de Ciencias e Ingeniería de Lanzarote.

Yo he preparado un conjunto de folios pero como el tiempo nos invita a reducir el conjunto de cosas de las que me gustaría hablar, del Rector colega coetáneo, del hombre de especial sensibilidad histórico-artística, nuestro Presidente en su magistral discurso nos ha citado dos cosas que hizo con nosotros, una en Cantabria y otra su *librito* «Gordos y flacos» fue su discurso de ingreso en Lanzarote, al amigo a quien tanto agradecer, al Profesor de cursos de verano y al Académico de Honor.

Me limitaré solo a comentar en modo de anécdota nuestra coexistencia como Rector. El Rector Amador Schüller coincidió con el entonces Rector de la Universidad de Santander, que concluiría como Rector de la Universidad de Cantabria, su Rectorado fue, como todos conocemos, especialmente difícil en aquellos primeros años de Gobierno socialista, tras la denominada transición política y de la Ley de Reforma Universitaria, solo existían en España tres Rectores Médicos, el Prof. Schüller de la Complutense, los de Salamanca y la Laguna, éste ha sido recordado, y con ellos tuve el honor de integrarme en la Comisión de Medicina para el tratamiento de aquellos complejos problemas pendientes, en nuestro caso el Hospital Marqués de Valdecilla, la Residencia Cantabria y un encierro de unos quinientos estudiantes en la terraza de la Facultad, antes del establecimiento de los numerus clausus, de allí nació entre nosotros una especial amistad y por mi parte con ellos una primera aproximación importante al mundo sanitario. Schüller, entre los Rectores, por la mayoritaria ubicación ideológica y pragmática de estos, estaba muy solo, necesitaba y agradecía, como nos pasa a todos, el acompañamiento.

Como tema de especial relevancia para su recuerdo como Rector, deseo señalar con apariencia sólo de anécdota, el acto mediante el cual la Universidad Complutense con la solidaridad de todas las demás Universidades públicas del Estado le concedió a S.M. El Rey D. Juan Carlos I el título de Doctor Honoris Causa, tema que nos llevó muchas reuniones del Consejo de Universidades, todas las Universidades pretendían hacer Doctor Honoris Causa a Su Majestad. Acto concebido como único e integrador de la totalidad con la finalidad de evitar la proliferación de otros similares en todas las Universidades españolas.

El Rector Schüller, presidía como debía ser entonces, como debería ser en la actualidad aunque no lo sea, y debería ser hoy el Acto Académico, a su derecha el Presidente del Gobierno, Felipe González y a su izquierda el Ministro de Educación, Javier Solana. Eran tiempos que finalizaban y Schüller representó con autoridad y magnificencia, con él la autoritas precedía a la potestas, tiempos que terminaron definitiva y formalmente. Las autonomías político-administrativas, las dependencias económicas y no económicas de las Universidades, de los poderes regionales y de los partidos políticos, hacen que las imágenes públicas de los actos académicos universitarios no constituyan propiamente expresiones de la sabiduría. ¿Cuándo tendremos tiempos mejores? Ahí permanece el excepcional recuerdo de Amador

Schüller que conviene revivir de vez en cuando en la esperanza de su recuperación.

Muchas cosas querría decir de su estancia en Lanzarote, de su felicidad, de su encuentro allí con otros amigos, de su generosidad, de su entrega, de su humanidad, de su felicidad con el baño en la piscina, etc. etc. Debo terminar, tras el magnífico discurso de nuestro Presidente uniéndome al dolor general de la Academia y fundamentalmente al dolor de sus hijos y nietos. Muchísimas gracias, descanse en paz.

Prof. Rodríguez Rodríguez

Magnífica necrológica de nuestro Presidente al Presidente de Honor. Resalto solo tres momentos de nuestra vida, que remarcan las cualidades ya anunciadas. Días pasados el Académico Secretario General indicaba en la Necrológica de Vicente Moya como coparticipes, en 1977 hicimos el numerus limitau para la Facultad de Medicina, que después se transformaría en el numerus clausus de todas las Universidades, nuestro empeño en muchos decaes y siendo Decano precisamente Vicente Moya me dice «¿a quien nombramos de Vicedecano?» y yo le digo «a un peso pesado», porque la Junta en el Claustro de la Facultad estaba además de Amador Schüller naturalmente, Antonio Fernández, Pedro Laín, José Botella, etc., llega Amador Schüller y dice «yo trabajo mucho, tengo mucha ocupación en el Hospital, en la Cátedra, etc, necesito un Vicedecano adjunto» y propone a Carlos Perezagua, pero «no existe esa categoría de Vicedecano adjunto», y dice D. Amador «pues hazle Vicedecano», esa era la generosidad, el talante, la forma de actuar ante el discípulo, discípulo de maestros, maestro de discípulos.

Otro momento, en 1990 estoy en el Hotel Trifold, venía de presidir la Sesión plenaria del Karolinska en el Congreso y con mi mujer, con M^a Luisa, hay un hombre muy alto, muy fornido, como decían, me coge por detrás, me atrapa, me inmoviliza, me tapa los ojos y dice «ya está», naturalmente mi mujer tuvo un gran sobresalto, pero él hizo lo que hacía desde que jugaba al rugby desde muy pequeño, acción reacción, actuación inmediata, esa era la de Amador Schüller.

Último recuerdo, en esta Docta Casa, la Federación Europea de Academias de Medicina, a través de su Presidente francés, de la Academia francesa dice que tenemos que acudir por encargo de él

a una reunión en Lisboa y entonces a mi se me encarga que hable de la «Verité, la Realité, Scientifiqué...» naturalmente con Amador Schüller, una Sesión que estaba el Prof. Hipólito Durán, una Sesión larga y salimos de la Academia y con paso decidido, rápido, tenemos que ir a ver qué tendríamos que ver, pues el Museo de Pintura de Lisboa, gran sobresalto porque cuando llegamos después de la Sesión tan larga, estaba cerrado, él continua andando con paso largo, y en un momento delante del hotel se derrumba, se cae, y yo le digo «no te muevas», no fractura, consciente, no lesión, pero él obediente asse de mi mano y dice «me he caído, como muchas veces, pero no me derrumbo, yo me levanto», esa era la tenacidad, el esfuerzo, como se ha dicho de Amador Schüller, ese era nuestro Presidente, ese era nuestro Académico, ese era vuestro abuelo, ese era vuestro padre. Muchas gracias.

Prof. Sánchez García

Querido Amador:

Cuando vine a Madrid en aquel octubre de 1948 para comenzar la carrera de Medicina en la Universidad Central te conocí. ¡Cómo pasa el tiempo! Tenía yo un hermano mayor que también estudiaba, ya en los cursos clínicos y lo que hacía me maravillaba. Aquellos años eran los que eran y un muchacho de 18 años recién venido de la Teresiana Ávila asentábase dónde podía. Eran los años de la cartilla, no precisamente «Raya» y se tenía que vivir. Yo me acomodé en el barrio de Lavapiés, calle Tribulete n.º 7, frente a La Corrala. Desde allí, a diario, calle Argumosa y Dr. Fourquet adelante asistía al primer curso de Medicina. Bisturí, tijeras y pinzas en mano, heredadas, para la disección. Pero a mí, a pesar de ser un estudiante de matrícula en Anatomía, en aquel entonces, me apasionaba el mundo de los enfermos y la enfermedad que había visto en la aldea de mi infancia. Teníamos el Hospital General a dos pasos de San Carlos y mi hermano me presentó un día, difícil de olvidar, a don Amador, Jefe Clínico de la sala 12 que dirigía el Prof. Enrique Vega Vaca. Eran aquellas salas de corrido, en las que los pacientes cuando agonizaban lo hacía separados por un biombo. Allí, nació nuestra fraternal amistad y allí se inició un camino de muchas leguas que tuve la seguridad de que continuaría *«aunque la vida, esta vida nuestra, al decir del poeta, tuviera mil años de existencia»*.

Don Amador, alto, delgado, buen mozo, inquieto, apasionado, ante todo un hombre bueno, de talento y humildad al tiempo, médico y Maestro de excelencia encandilaba a quienes le rodeaban y amorosamente les enseñaba el oficio de médicos. Aprendiz yo, a veces, asistía a sus reuniones y algo se me quedaba. Su talento, su saber ser y estar, su bonhomía, su conocimiento de la juventud y de la medicina eran espectaculares. Entonces, los estudiantes éramos prácticamente todos muchachos. El revés de la situación actual. Pero entre aquella cuadrilla de jóvenes, que asistían a la clínica, se movía la femenina pandilla de enfermeras de Salus Infirmorum. Entre ellas Emma Penella, entonces atractiva, joven y muy apañada ella, actriz en ciernes alborotaba el corral. Época hermosa para mí, aquella, en la que pude conocer a profesores de gran talento y prestigio. Un día yo fui alumno interno de la Beneficencia Provincial, por oposición, con 250 pesetas mensuales, por ser de primera, y tuve el privilegio de elegir la sala 47, a cargo del doctor Fernández Nogueira y dirigida por don Gregorio Marañón a quien conocí muy de cerca. Inolvidable aquella experiencia. Más tarde seguí en contacto con Amador que siempre me trató con afecto y señorío. De él aprendí respeto por todo y por todos y un excelente oficio médico, en buena parte debido a sus magníficas lecciones en la cátedra de Medicina que dirigía don Fernando Enríquez de Salamanca. Nunca olvidaré su saber enciclopédico. Increíble. Finalmente asistí con regularidad a sus cursos de verano en el Hotel Felipe II de El Escorial. allí, Amador, era como una multitud en el desierto. Todos le respetaban, admiraban y deseaban saludarle. A su lado, en las noches de luna, en la terraza del Felipe cuando ya habían desaparecido los que venían solo para ser vistos o vistas, Amador y yo sentados frente al Monasterio, charlábamos de las mil y una aventuras vividas y a veces allí nos amanecía.

Ahora tú ya no estás, y es dolorosa esta ausencia, apenas estrenada. Para ella no bastan las palabras. ¿Qué se me ocurre en este momento? Es bien simple. Nos haces falta. Una falta sin fondo. Tu ausencia es la de un gigante de tu generación. Nos sentimos desamparados; algo así como un cómico viejo que hubiera perdido su público. Tú conocías mi debilidad por la poesía. Cuando leo te recuerdo. El poema lo escribió don Miguel de Unamuno en 1913.

*«¡Adiós! Han enterrado al enterrarte
compañero y amigo*

*de mi vida una parte
que de la tierra queda ya al abrigo...»*

Y sigue

*«...Cuántas veces, mi amigo, hicimos yunta
y aramos en la misma sementera
y cuando aun no apunta
su hoja, tu dejándome
en la espera te fuiste
¿a dónde fuiste? ¿Quién lo sabe?»*

Mi condolencia a tu familia, hijos y nietos. Amador dónde quiera que estés descansa en paz. Amén.

Prof. Poch Broto

Tomo la palabra, tengo que hacer mi abstracción de mi condición de Académico, de mi condición de compañero, de haber sido el primer Rector que tuve y quiero tomar la representación, quiero tomar la palabra del Hospital Clínico de San Carlos, tengo el privilegio de ser el Director Médico, un cargo que también ocuparon inolvidables Académicos como Orts Llorca, Espinós, Martín Lagos, y en este sentido quiero expresar a la familia el pesar de toda la Institución, entendemos que D. Amador era uno de los nuestros, era uno de nuestros mejores médicos, de los más emblemáticos que hemos tenido a lo largo de toda la historia del Clínico, como ustedes saben es una de las más largas historias hospitalarias de este país. Con Amador Schüller hemos tenido siempre una vinculación de afecto y de admiración que ha sido mutua y en este sentido tengo que recordar que una de las aulas más importantes de nuestra Casa lleva justamente su nombre, y quiero expresarles a ustedes en este momento, en nombre del Hospital, nunca me he sentido más arropado, nunca he sentido que representaba a la Institución de una forma más plena que hoy, para expresarles por un lado el sentimiento de la Casa, el sentimiento de la Institución, mi más profundo pésame y también mi agradecimiento, no solamente por lo que nos enseñó, por lo que investigó, incluso por lo que nos quiso, fundamentalmente por la confianza que tuvo en nosotros. El acerbo per-

sonal de cualquier médico, la confianza de sus pacientes, es digamos la nota de máximo valor que enriquece nuestra personalidad y esto ocurre también con las Instituciones, el valor de nuestros pacientes es lo que nos enriquece y su confianza también, fuimos su Hospital en momentos difíciles y momentos incómodos para él y esto nos ha llenado de orgullo, pero también nos ha llenado y tenemos que expresar nuestro agradecimiento porque nos dio también su lección, hoy hablaba con una enfermera que había sido enfermera suya y nos lo recordaba, lección de exquisito afecto, de exquisita cortesía, de un trato siempre absolutamente maravilloso y sobre todo de paciencia y de comprensión hacia nosotros, en ese sentido tenemos que expresarle nuestra gratitud y tal vez también el sentimiento de no haber podido hacer siempre, de haber podido atender a pequeñas incomodidades puntuales que se hayan podido producir.

Amador Schüller estará siempre en la memoria de la Casa, forma parte de nuestro ideario colectivo y yo quiero expresarles de esta manera el afecto de una Institución con la que él se sintió extraordinariamente vinculado y una persona con la que nosotros también tenemos una vinculación extrema.

Prof. Rey Calero

«Fuerte como la muerte es el amor» (Yehuda Levi). Hoy estamos mordidos por el dolor, pues «la razón habla y el sentimiento muere» (Petrarca). Hoy recordamos con dolor pero con admiración a un compañero, a un hermano ejemplar, que lo dio todo por las Instituciones a las que sirvió y en especial a esta Academia, a la que se entregó en cuerpo y alma.

Desde su adolescencia supo obrar con valentía y lealtad a pesar de las dificultades. Le oímos contar como siguió a su abuelo, que era toda su referencia, en Madrid con 15 años cuando le llevaron a una Checa. Sufrió el dolor físico y moral, subió en « *el frágil tren de los que se desangran, / el silencioso, el doloroso, el pálido, el tren callado de los sufrimientos* » (M.Hernandez). Pero se curtía como un gigante del espíritu. Sintió clavarse las espinas de dolor en su carne adolescente, pero no hay rosas sin espinas, es mas no habló de estos sucesos con rencor. porque en su vida, como Antígona» *su persona no está hecha para compartir el odio sino el amor*».

Tuve la suerte de compartir con él parte de su estancia en Cá-

diz, al ganar la Cátedra de Patología Médica, admirando el mar desde la Caleta, «*para mi el mas bello mar del mundo*»según JRJ, enfrente del Hospital de Mora, donde dejó una profunda estela de admiración y afecto y muchos de sus discípulos de allí le siguieron.

En 1971 en el Norte de Africa surgieron casos de cólera que al inicio, no habían declarado aquel Gobierno y a través de una personalidad notable con un hijo que estudiaban en Cádiz contactaron con él, para que se desplazase y con motivo de ver a un familiar impartiese algunas lecciones, yo también fui invitado para desarrollar un sistema de Lucha en la población y acomodar los Hospitales ante la Pandemia. En nuestro país se estableció la operación CLO-COL (Cloración-Cólera), con los puntos estratégicos de Melilla y Ceuta, donde como ahora pasaban cada día miles de personas. El primer caso lo detecto el Dr Calbo pocedía de Nador confirmamos era un Vibrio Cholera el Tor var Ogawa. Los sanitarios actuaron de una manera tan eficaz, y las repercusiones fueron mínimas. A los sanitarios que intervinieron se les otorgó la Encomienda de la Orden Civil de Sanidad y al Prof Schüller, con todo merecimiento la Gran Cruz.

Le encantaba Córdoba, ese «*lugar donde la belleza habita*», indicaron los Omeyas, y sus raíces por parte de su madre y llevar el nombre de su tío Amador, que bien profetizaba lo que iba a ser su vida «*Nada muere en el tiempo cuando se ha amado tanto*».

Era una personalidad científica arrolladora por sus profundos conocimientos, por su gran memoria, el tuvo mucha Ciencia porque siempre estudió, con unas profundas convicciones y rectitud inquebrantable y a su vez como gran hombre que era siempre amable y próximo, Hombre de fe manifiesta, frete al eclipse del sentido de Dios. «*La Ciencia es una verdad que se tiene en la mente, la fe es un fuego que arde en el corazón*» (Newton). Ante momentos tan duros como la muerte de su hija y de Maria Teresa, su esposa, ejemplarmente mantuvo su apuesta por la fé:» *Credere est cum asensu cogitare*» S Agustin, asentir y seguir pensando: ¡*Señor ya me arrancaste lo que más quería/ Oye otra vez, Dios mío, mi corazón clamar / Tu voluntad se hizo, Señor, que no la mía/ Señor ya estamos solos mi corazón y el mar!* (A. Machado)

Con su Ciencia, su capacidad docente y entrega. Ciencia y humanidad no son materias diferentes, ejercía una Medicina basada en el afecto: «*Abriremos los brazos. Sembraremos / nuestras manos de espigas y de vida/y otras manos esperaran que la henchida cosecha/ Viniera*»,Hoy se recoge henchida cosecha que sembraron nuestros recientes Presidentes.

Así pues fortificaba con la ejemplaridad de su docencia. Cuantas veces en esos Cursos de verano del Escorial, en que abordaba siempre temas relevantes de contenido médico y social con sus lecciones magistrales e interesantes debates, así como las veladas tan fecundas en lo personal. Asistíamos como fijos el Secretario de los Cursos Enriquez de Salamanca, Pedro Sanchez con su Terapéutica y yo con los aspectos epidemiológicos y preventivos. Pudimos admirarle de cerca. El construía los *pilares básicos de la Educación*: nos enseñó a conocer, nos enseñó a ser, nos enseñó a vivir y convivir, nos enseñó a servir. Si el Servicio es la virtud de los mejores, -el sirvió con Rectitud a la Universidad como Rector Magnífico, a esta Academia como eficaz Presidente, siendo prudente y escuchando y abierto a todos, pues según la monja de Calcuta « *el que no vive para servir no sirve para vivir* »

Era un profundo admirador de la belleza, el visitar con él un Museo de Pintura era recibir todo una lección de Ciencia y sensibilidad artística. Fuimos invitados al 2º Centenario del Real Colegio de Medicina y Cirugía de Cádiz 1805 fue espléndida su lección sobre la Patología en la Pintura

Tuve la oportunidad de viajar con él y otros Académicos. Cuidaba las Relaciones Internacionales como de gran valor, y en cuanto a nuestro prestigio exterior, encargaba las ponencias a quien pudiese ofrecer autorizada respuesta a los temas de Salud establecidos. No silenciaba las intervenciones de los demás, siempre resaltaba la labor con espíritu constructivo. En reuniones de ALANAM, ganó un prestigio de autoridad y reconocimiento. Le hicieron Académico de Brasil, Colombia, México. De igual modo los Doctorados Honoris causa de la Universidad de Valladolid y Rey Juan Carlos y tantas otras distinciones indican tan reconocido aprecio.

Cuando había algún tema esquivo en sus mediaciones, como hombre sabio y bueno eran siempre de paz, como S. Francisco de Asís « *Señor hazme un instrumento tu paz, porque dando se recibe, perdonando se perdona, muriendo se resucita a la Vida Eterna* ».

Con nuestro sentido pesar a su familia hijos e hijas y nietos porque hemos perdido un hermano, un gran Maestro y un gran Presidente, pero que bello es al ir haber sido, pues el concebía la vida como un proyecto para la eternidad, alegrémonos de haberlo tenido tan cerca y digamos con su fe tan firmemente proclamada: Descanse en Paz!

Prof. Cruz Hermida

Pensaba el viejo Cicerón que «la vida de los muertos está en la memoria de los vivos». Si ello es cierto, hoy damos otra «vida» a nuestro querido amigo el Prof. Schüller, honrando su memoria. Y lo voy a hacer con el recuerdo de dos anécdotas que le identifican como hombre cabal.

Hace ya bastantes años tuve que intervenir quirúrgicamente a una familiar suya por él muy querida, que en la exploración ginecológica ofrecía la clínica de una neoplasia de ovario. El día antes de la intervención, llamó Amador a mi casa para interesarse por el paciente. Le conté cual era la negativa impresión pronóstica que tenía sobre el mismo, y su contestación fue rápida y escueta: «No te he llamado para recomendarte a la enferma porque sé que no hace falta. Los médicos estamos en la vida, no para recomendar, sino para curar, y sé que tú tratarás de hacerlo». La situación era clara, Schüller rechazaba toda clase de recomendación, pero sí me instaba a que cumpliera el deber hipocrático de curar. La misión que tenemos todos los médicos.

La segunda anécdota ocurrió hace seis años, cuando le invité, junto a otros Académicos de la Casa, a participar en un Ciclo de conferencias sobre Historia de la Medicina y Humanismo Médico en el Centro Cultural de la villa de Madrid. Amador aceptó mi invitación pero me puso una condición ineludible: Que le incluyera en el Programa cualquier día que no fuera martes, ya que ese día era sagrado para él, pues tenía que presidir la Sesión Científica de nuestra Academia ese día de la semana.

Schüller, fiel a su compromiso con su cargo de Presidente, no podía renunciar al deber contraído al asumir la Presidencia de la Academia de Medicina. Son dos elocuentes actitudes que le definen como persona que anteponía el deber y el rigor ético a cualquier otra circunstancia.

Ya se han enunciado esta tarde el cúmulo de méritos científicos, profesionales y académicos que arropan al personaje que evocamos. Pero yo me quedo más que con el personaje con la persona. Recuerdo algunos momentos de íntimo diálogo entre los dos en su casa de la calle de Ferraz, intercambiando diferencias: el mazazo de la muerte de su esposa; las inquietudes diarias al amanecer que le deparaba la ausencia de su hija en el extranjero en zona de riesgo de cruenta guerra; las luces y las sombras que le acompañaban de forma de

lealtades de algunos y deslealtades de otros; de su sentido trasparente de vida cuando ésta se va acercando al final, en aras de una firme convicción de principios religiosos...

Sé que a ti, Amador, que tanto te agradaba escuchar a tus interlocutores, ahora te agradecerá volver a escuchar los versos de nuestro común amigo José Luis Martín Descalzo: «Morir solo es morir, / En el morir se acaba. / Morir es una hoguera fugitiva. / Es cruzar una puerta a la deriva, / y encontrar lo que tanto se buscaba». Tengo la certeza de que ya has encontrado lo que afanosamente buscabas, y allí descansas en la paz que deseabas.

Prof. Lucas Tomás

Me levantó para leer las adhesiones a este acto que han realizado el Sr. Presidente de la Real Academia de Ciencias Exactas, Físicas y Naturales, el Prof. Miguel Ángel Alario, que está en Estados Unidos y lamenta profundamente no estar con nosotros.

A su vez permítanme leer entera la carta que envía el Académico D. Santiago Tamames a la Sesión Necrológica de la muerte del Académico y *Presidente* de Honor, Prof. Schüller:

«Ante la absoluta imposibilidad de asistir a esta Sesión Necrológica en memoria del Prof. Schüller, he pedido al Secretario General que lea estas líneas como modesto homenaje de admiración y cariño, de admiración por su relevante trayectoria desde puestos de gran responsabilidad y en momentos decisivos para el futuro de la medicina y del Hospital Clínico de San Carlos, y de cariño pues es la única respuesta que cabe a su generosa entrega de humanidad, mi más sentido pésame a los familiares por tan dolorosa pérdida».

Y dos palabras más solamente: la amistad entre paciente y enfermo existe, y D. Amador era paciente mío y D.^a María Teresa, que era una mujer valiente y recia donde las hubiera, solamente se quejó de su marido cuando le hicieron Rector, porque decía «tiene mucha edad y va a dedicarle todo el tiempo, desde las nueve de la mañana hasta la nueve de la noche». Realmente le dedicaba hasta las nueve, las once y cuando fuera preciso. Gran mujer, gran madre, que transigió y admitió dicho nombramiento, con gran pesar suyo.

Y dos palabras sobre vuestro padre. La primera era su afición a las corridas de toros, D. Amador era un hombre simpático y alegre, parecía era serio pero era divertido, especialmente cuando volvía de

Salamanca de las corridas de septiembre, a las que asistía con los médicos, catedráticos de medicina interna. Volvía y no paraba de hablar de toros, toreros y lances.

La segunda, un viaje que hicimos el Dr. Martín Municio, el Prof. Schüller y un servidor a la Universidad de Alabama en Estados Unidos a firmar un convenio que yo había promovido. Sucedieron tantas cosas, doce horas de vuelo y diez días allí, pero me ciño a dos momentos: cenábamos en casa de un amigo mío, el Jefe del Servicio de Anatomía Patológica de la Universidad de Alabama en Birmingham. Aquel señor, de origen cubano pero americano puro, contaba cómo salió de Cuba, llegó a Estados Unidos con tres niños, uno de ellos ciego que por mal función de una incubadora y tenía úlceras irreparables en los ojos. Y dijo «tuve que trabajar de carpintero durante años por el día ya que por la noche tuve que repetir la carrera de medicina», y contó varios episodios más. Cuando terminó a D. Amador le caían las lágrimas, porque a era fundamentalmente una persona emotiva.

Al cabo de la noche, la tercera estampa, estábamos viendo un partido de rugby y hubo una entrada tremenda de un jugador y D. Amador dijo «¡bien, así se entra!», todos nos quedamos espantados y él contó la historia «cuando yo era joven, estudiante de medicina me iba a entrenar al Estadio Metropolitano y jugaba en el Atlético Aviación B». En un partido oficial «me dieron la misión de marcar a no se quien... y era del Real Madrid». Aquel señorito entraba y me driblo una vez tirándome al suelo y otra segunda vez. El entrenador advirtió: «Schüller, que no pase más», «y no pasó, porque cuando entró la tercera vez le di un *patadón* que salieron aquel del Real Madrid y el balón cada uno por un lado», a lo que Martín Municio dijo «tú lo que eras es un leñero» y él respondió «no, yo era simplemente correoso».

Prof. D. Víctor García de la Concha, *Presidente del Instituto de España y Director de la Real Academia Española*

Muchas gracias Sr. Presidente, yo quiero expresar que considero un honor haber podido asistir a esta Sesión Necrológica, verdaderamente ejemplar y conmovedora. Como Director de la Academia Española me siento orgulloso de participar en un Acto Académico de esta altura, al Instituto de España lo representa, como es natural, el

Sr. Director actual Presidente de Academia Nacional de Medicina, D. Manuel Díaz-Rubio. Debo decir que en las reuniones de Directores de Academia, Amador Schüller era un verdadero maestro, era una palabra de autoridad, se ha mencionado aquí el término *autoritas*, efectivamente él tenía una verdadera *autoritas* en el conjunto de todas las Academias. Repito la condolencia de la Real Academia Española y a través del Sr. Director, Presidente de la Real Academia Nacional de Medicina la condolencia también del resto de las Academias. Muchas gracias.

PALABRAS FINALES DEL SR. PRESIDENTE

Muchas gracias a todos los que han intervenido en este acto, a todos los que han asistido, a todos los que han puesto su corazón en escuchar las palabras de tantos compañeros y algunos que no han podido hablar pero seguramente se han quedado con enormes deseos de hacerlo. Ha quedado patente el gran afecto, el gran respecto y la gran admiración que se tenía por un Académico tan importante como ha sido el Prof. Amador Schüller y que ocupaba el sillón número 15. A todos muchas gracias, se levanta la Sesión.

CONFERENCIA PRONUNCIADA EL

DÍA 10 DE FEBRERO DE 2010

PRESIDIDA POR EL EXCMO. SR.
D. MANUEL DÍAZ-RUBIO GARCÍA

**RECEPCIÓN Y TRANSDUCCIÓN DE SEÑALES
IMPLICADAS EN LA DIFERENCIACIÓN
DE CELULAS MADRE DE LA MÉDULA ÓSEA
HUMANA HASTA ADIPOCITOS**

***RECEPTION AND SIGNAL TRANSDUCTION IMPLIED
IN THE DIFFERENTIATION OF STEM CELLS FROM
HUMAN BONE MARROW UNTIL ADIPOCYTES***

Por el Excmo. Sr. D. ENRIQUE BLÁZQUEZ FERNÁNDEZ*

Académico de Número

Resumen

El péptido 1 semejante al glucagón (GLP-1) funciona como una hormona incretina con propiedades antidiabéticas. Sin embargo el papel del GLP-1 sobre las células madre mesenquimales de la médula ósea humana (hMSCs), si alguno, permanece desconocido. Los efectos de GLP-1 sobre hMSCs fueron estudiados en relación con la proliferación celular, citoprotección y diferenciación celular hasta adipocitos. Las vías de señalización involucradas en estos procesos fueron también analizadas. Las células se caracterizaron con métodos bioquímicos y morfológicos antes y después de inducir la diferenciación hasta adipocitos. Los niveles de PCNA fueron usados como un índice de proliferación, mientras la apoptosis celular fue estudiada mediante la privación de suero fetal bovino en la preparación. hMSCs aisladas expresaron los marcadores correspondientes de las células madre así como el ARN mensajero y la proteína del receptor de GLP-1. El GLP-1 incrementó la proliferación de hMSCs, la cual disminuyó cuando se las indujo a diferenciar hasta adipoci-

* Departamento de Bioquímica y Biología Molecular, Facultad de Medicina, Universidad Complutense, 28040-Madrid.

tos. Este proceso produjo cambios bioquímicos y morfológicos en células que expresaron PPAR γ , C/EBP β , AP2, y LPL con un patrón tiempo dependiente. Notablemente, GLP-1 redujo significativamente la expresión de PPAR γ , CEBP β , y LPL. Estos efectos ocurrieron al menos a través de las vías de señalización MEK y PKC. Además el GLP-1 disminuyó significativamente la apoptosis celular. Nuestros datos indican que en hMSCs, el GLP-1 estimula la proliferación celular y la citoprotección y previene la diferenciación hasta adipocitos. Estos últimos hallazgos destacan el papel potencial terapéutico de GLP-1 para prevenir la hiperplasia de adipocitos asociada con obesidad y, adicionalmente, podría potenciar el mantenimiento de hMSCs mediante la promoción de la proliferación y citoprotección de las hMSCs indiferenciadas. Estos datos nos sugirieron que el GLP-1 podría tener alguna función durante el período embrionario. Efectivamente tanto el péptido como el receptor fueron identificados a una edad temprana durante el desarrollo del ratón, de la misma forma que el GLP1 modificó sensiblemente la expresión génica de las células pluripotentes de ratón. Estos hallazgos sugieren que los aspectos fisiopatológicos del GLP-1 en la vida adulta podrían tener una contrapartida durante el desarrollo.

Abstract

Glucagon-like peptide-1 (GLP-1) functions as an incretin hormone with antidiabetogenic properties. However the role of GLP-1 in human bone marrow-derived mesenchymal stem cells (hMSCs), if any, remains unknown. The effects of GLP-1 in hMSCs were tested with regard to cell proliferation, cytoprotection, and cell differentiation into adipocytes. The signalling pathways involved in these processes were also analyzed. Cells were characterized by biochemical and morphological approaches before and after being induced to differentiate into adipocytes. PCNA protein levels were used as a protein index, whereas cell apoptosis was studied by deprivation of fetal bovine serum. Isolated hMSCs expressed stem cell markers as well as mRNA and GLP-1 receptor protein. GLP-1 increased the proliferation of hMSCs, which decreased when they were induced to differentiate into adipocytes. This process produced biochemical and morphological changes in cells expressing PPAR γ , C/EBP β , AP2, and LPL in a time-dependent pattern. Notably, GLP-1 significantly reduced the expression of PPAR γ , C/EBP β , and LPL. These effects were exerted at least through the MEK and PKC signaling pathways. In addition, GLP-1 significantly reduced cell apoptosis. Our data indicate that, in hMSCs, GLP-1 promotes cellular proliferation and cytoprotection and prevents cell differentiation into adipocytes. These latter findings underscore the potential therapeutic role of GLP-1 in preventing the adipocyte hyperplasia associated with obesity and, additionally, could bolster the maintenance of hMSC stores by promoting the proliferation and cytoprotection of undifferentiated hMSC. These data suggest that the GLP-1 may have some function during embryonic life. Thus, both the peptide and its receptor were identified early in the mouse development, as well as GLP-1 modified significantly gene expression in mouse undifferentiated pluripotent cells. These findings also suggest that the pathophysiological implications of GLP-1 imbalance in adulthood may have a counterpart during development.

INTRODUCCIÓN

Aunque la capacidad de las células madre o troncales de proliferar y diferenciarse en varias líneas celulares es bien conocida, los mecanismos y las moléculas implicadas en estos procesos son pobremente comprendidos.. Los candidatos para dichas actividades parecen ser un número de hormonas peptídicas y neuropéptidos que ejercen, efectos citoprotectores y proliferativos a través de la activación de receptores acoplados a proteínas G. Además varios péptidos relacionados con la familia del glucagón-secretina, junto con otros péptidos, ejercen acciones bien pro o antiapoptóticas.en varios tipos celulares (1).

El péptido-1 semejante al glucagón (GLP-1) es codificado por el gen del proglucagón, el cual es secretado por las células intestinales L y algunas neuronas cerebrales. Este péptido tiene múltiples efectos biológicos sobre tejidos periféricos y el sistema nervioso central (2-5). De esta forma, el GLP-1 estimula la secreción de insulina dependiente de glucosa y posee efectos beneficiosos en el tratamiento de la diabetes tipo 2 (4). También actúa como un péptido anorexígeno que reduce la ingesta de alimentos y como consecuencia de ello disminuye el peso corporal (6,7). Asimismo causa una expansión de la masa de las células β a través de la estimulación de la proliferación de estas células, la inducción de la neogénesis de los islotes y la diferenciación a partir de células exocrinas o progenitores inmaduros de los islotes, mientras que a su vez el GLP-1 proporciona protección de la apoptosis de la célula β (8,9). Además este péptido tiene un efecto neuroprotector (10,11). Estos hallazgos concernientes al GLP-1 junto con las propiedades de las MSC pueden ser útiles para estudiar la regeneración tisular, citoprotección y diferenciación celular. Aunque los agonistas del receptor de GLP-1 activan rutas de señalización relacionadas con la estimulación de la proliferación celular y la inhibición de la apoptosis (1), los efectos de los péptidos semejantes al glucagón sobre los procesos citados aún son pobremente comprendidos (12).

Las propiedades del GLP-1 se pueden considerar antidiabetogénicas y contrarias a un estado obeso (13,14), lo cual abre nuevas perspectivas para estudiar el papel del GLP-1 en la adipogénesis. Aunque los efectos de los péptidos semejantes al glucagón han sido estudiados fundamentalmente en células diferenciadas adultas, nuestro objetivo fue investigar el papel del GLP-1 sobre la proliferación,

diferenciación hasta adipocitos, y citoprotección de las hMSCs pluripotentes, así como los mecanismos implicados en estos procesos. Los resultados que presentamos a continuación indican que la presencia de GLP-1R en hMSCs, lo que permite que sus agonistas aumenten la proliferación celular, diferenciación hasta adipocitos y disminución de la apoptosis.

CARACTERIZACIÓN E IN VITRO CRECIMIENTO DE LAS hMSCs

Análisis de RT-PCR muestran que las hMSCs cultivadas en un medio estandar expresan los ARN mensajeros de marcadores de las células madre, tales como el factor de las células madre (SCF) y su receptor (c-kit), nestina y Thy-1 (fig. 1). También fue detectado el ARNm del GLP-1R tanto por RT-PCR como por inmunocitoquimia (figs. 1 y 2). Análisis de RT-PCR de las hMSCs cultivadas por 1 día en ausencia o presencia de 10 nM GLP-1, mostraron que el tratamiento con el péptido no altera la expresión de los marcadores de las células madre: SCF, Thy, y nestina (fig. 1). En todos los casos las amplificaciones de PCR de la RT (-) controles fueron negativas.

POTENCIAL ADIPOGÉNICO DE LAS hMSCs

Para estudiar la capacidad de las hMCs para diferenciarse en adipocitos utilizamos un medio inductor de la adipogénesis (AIM) constituido por DMEM LG, glutamina 2 μ M, penicilina 100 mg/ml, estreptomycin, insulina 10 μ M, dexametasona 1 μ M, IBMX 0,5 μ M y 200 μ M de indometacina. Cuando el proceso de diferenciación continuó más allá de 72 horas, el AIM fue reemplazado por un medio de mantenimiento de la adipogénesis con DMEM LG, 15% FBS (suero bovino fetal) e insulina 10 μ M durante 3 días más. En procesos de diferenciación de larga duración, se realizaron incubaciones alternativas con los dos medios que fueron repetidos cada tres días. Para los tratamientos con GLP-1 superiores a 1 día, la cantidad de 10 nM GLP-1 fue renovada cada 24 horas.

Tres días después de la inducción con AIM de las hMSCs, la RT-PCR fue usada para estudiar la expresión de varios marcadores de los adipocitos: PPAR γ , C/EBP β , AP-2 y LPL (fig. 3A). Durante este período de tiempo el GLP-1R estuvo presente en las hMSCs. Tam-

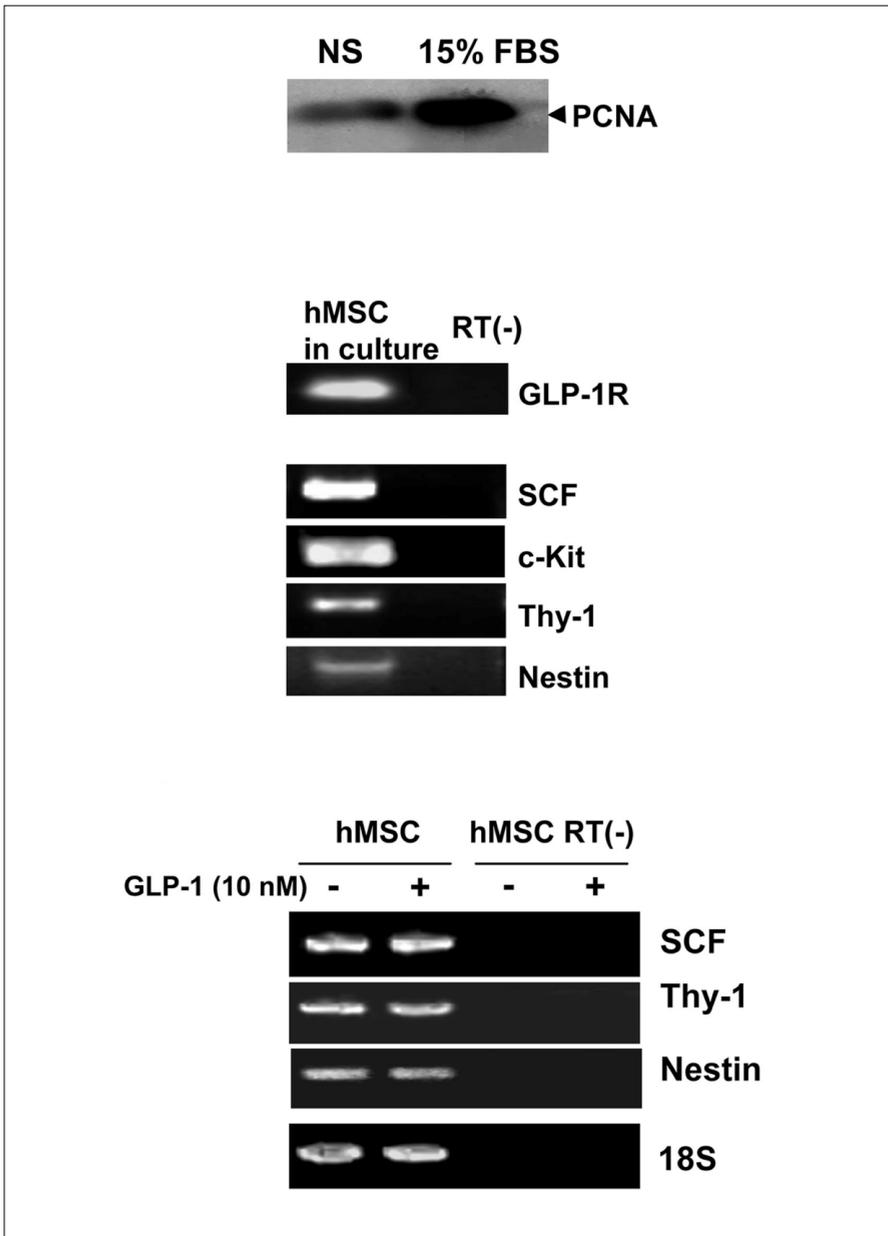


FIGURA 1: Caracterización de las células madre mesenquimales (hMSCs) de la médula ósea humana y efectos del GLP-1 sobre la expresión de los ARN mensajeros de marcadores específicos de células madre. Esta figura como las restantes fueron tomadas de C. Sanz, P. Vázquez, C. Blázquez, P.A. Barrio, M. del M. Alvarez y E. Blázquez. *Am. J. Physiol. Endocrinol. Meta.* 298: E634-E643, 2010.

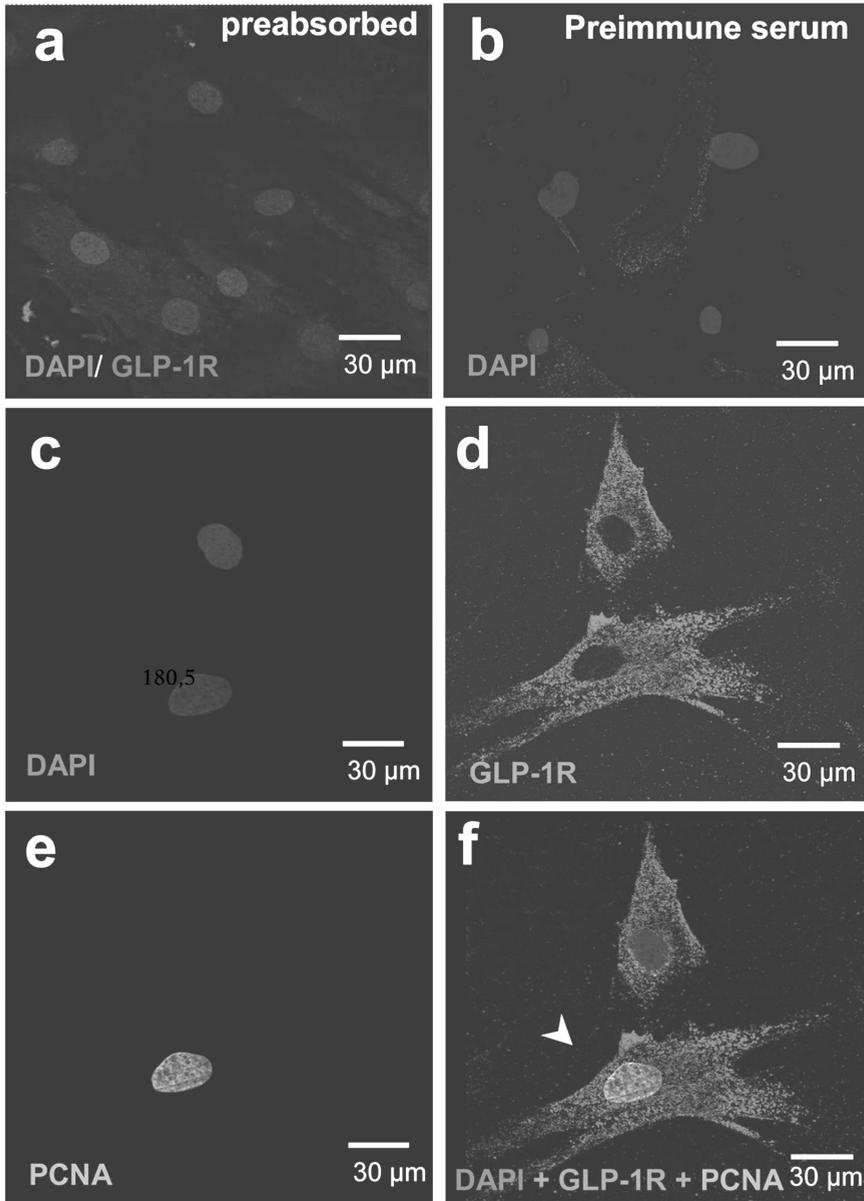


FIGURA 2: Células (hMSCs) positivas a PCNA , donde se puede observar la localización del receptor de GLP-1. Estas células crecieron en suero fetal bovino (FBS) al 15 % y la identificación de los péptidos se realizó mediante inmunocitoquímica. En a y b se observan los controles obtenidos por la preabsorción del anticuerpo con el péptido bloqueante o con células incubadas con suero preinmune. La flecha indica una célula positiva doblemente a PCNA y GLP-1R. Los núcleos se tiñeron con DAPI.

bién modificaciones morfológicas como la pérdida del fenotipo de los fibroblastos fue visible 3 días después de la diferenciación hasta adipocitos, así como la aparición de gotas de grasa 14 días después de iniciada la diferenciación celular (fig. 3B). Para cuantificar los niveles de los ARNm correspondientes a los marcadores adipocíticos tempranos citados anteriormente en función del tiempo, usamos PCR cuantitativa a tiempo real (fig. 3 C-E), encontrando que la expresión de estos genes fue tiempo dependiente. Después de 8 horas de incubación con AIM, la expresión del gen *C/EBPβ* apareció y los máximos niveles se alcanzaron entre el 1 y el 3 día después de iniciar la inducción celular (fig. 3B). Sin embargo la expresión de *PPARγ* ocurrió entre 1 y 9 días después de la inducción de la diferenciación de los adipocitos, alcanzándose el máximo de actividad entre el tercero y séptimo día (fig. 3D). El ARNm de *LPL* apareció un día después de la inducción pero los máximos niveles no se alcanzaron hasta el séptimo día (fig. 3E). Estos resultados indican que la expresión de *LPL* y *PPARγ* aparecen más tarde, y con valores superiores a los de *C/EBPβ*.

EFFECTO DE GLP-1 DESPUES QUE LAS hMSCs FUERON INDUCIDAS A DIFERENCIARSE EN ADIPOCITOS

Cuando la hMSCs fueron estimuladas para diferenciarse con AIM en la presencia de 10 nM GLP-1, este péptido inhibió la expresión de *C/EBPβ* y *PPARγ* (fig. 4A y B). Por otra parte la expresión de *LPL* se redujo significativamente desde el día 3 al 7 del inicio de la diferenciación. La reducción de los niveles de los ARNm correspondientes a *PPARγ* y *LPL* por GLP-1 fue revertida en hMSCs por la inhibición de la señalización de MAPK y fortalecida por la inhibición de PKC. Estas observaciones sugieren que la activación de la señalización de MAPK inducida por GLP-1 reduce la expresión de *PPARγ* y de ahí la diferenciación de los adipocitos. Además la señalización por PKC también moduló el efecto de GLP-1 sobre la diferenciación de los adipocitos de forma contraria a la de la ruta MAPK.

EFFECTO DEL GLP-1 SOBRE LA PROLIFERACIÓN DE LAS hMSCs Y RUTAS DE SEÑALIZACIÓN IMPLICADAS EN ESTE PROCESO

La proliferación de las hMSCs fue estudiada por inmunodetección de los niveles de PCNA, los cuales disminuyeron sensiblemente cuan-

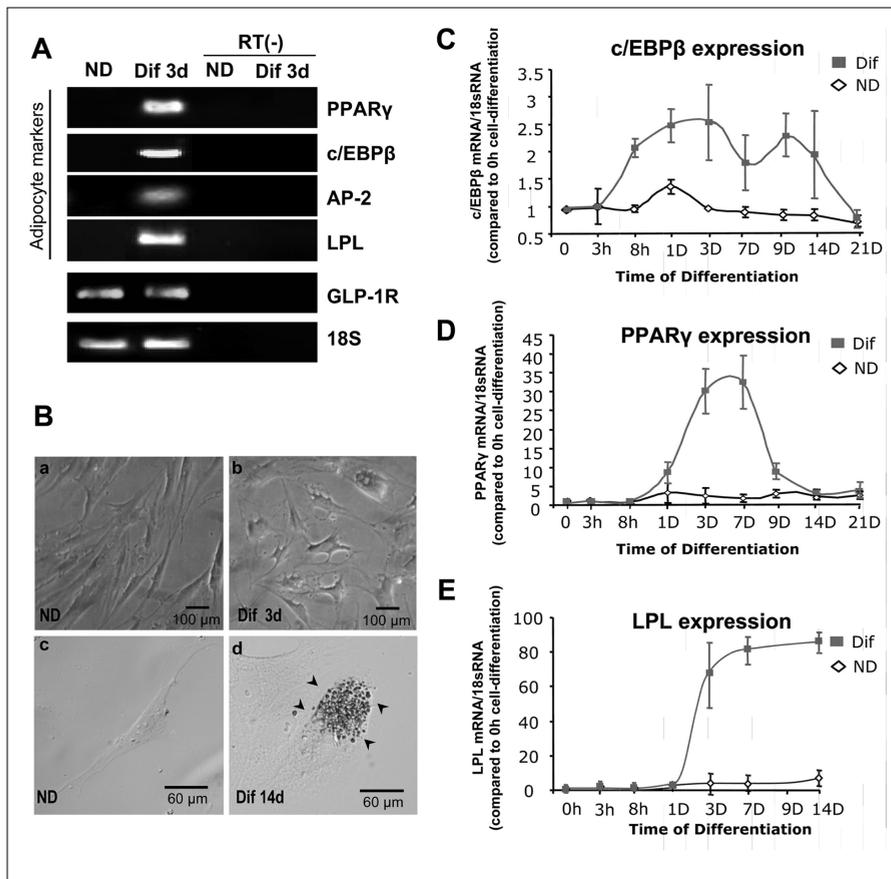


FIGURA 3: Inducción adipogénica de las hMSCs. A: Expresión de los ARN mensajeros de marcadores adipocíticos y GLP-1R durante la diferenciación (3 días) de las hMSCs. B: Imágenes obtenidas con el microscopio de contraste de fase, a lo largo de la diferenciación de los adipocitos (3 a 14 días). Las flechas indican las gotitas de grasa. C-D: Expresión de los genes *c/EBP β* , *PPAR γ* y *LPL*, a lo largo de la diferenciación de los adipocitos.

do se indujo la diferenciación celular. GLP-1 aumentó la proliferación de las células indiferenciadas pero no tuvo el mismo efecto en las células diferenciadas. También observamos de forma paralela la inducción de la ruta de la MAPK por GLP-1 tanto en las células indiferenciadas y diferenciadas, como lo probó la presencia de ERK1/2 fosforilada. Asimismo la activación de ERK1/2 estuvo reducida en las células diferenciadas cuando se compararon con las indiferenciadas.

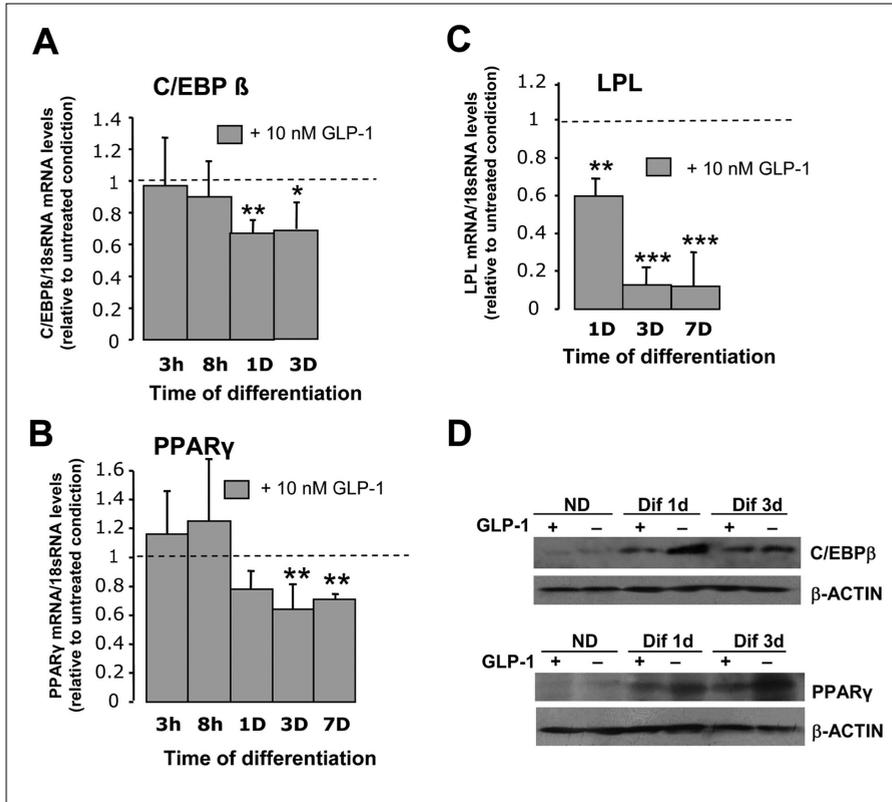


FIGURA 4: Efectos del GLP-1 sobre la expresión de los ARN mensajeros correspondientes a los marcadores adipogénicos. Las hMSCs fueron inducidas a diferenciarse por el medio de inducción adipogénico en presencia o ausencia de 10 nM GLP-1. En las gráficas se representan los ARN mensajeros determinados por RT-PCR cuantitativa a tiempo real (A-C). D: Detección por inmunotransferencia («Western blotting») de las proteínas C/EBP β y PPAR γ en células indiferenciadas o tras 3 días de iniciada la diferenciación, en presencia o ausencia de GLP-1.

Un paso más en el estudio fue investigar las rutas de señalización implicadas en la proliferación de las células indiferenciadas inducida por GLP-1, con la ayuda de inhibidores. No se observaron efectos sobre la proliferación cuando se utilizaron sólo los inhibidores. Sin embargo la inhibición de la ruta de la MAPK con el inhibidor PD-98059 bloqueó la proliferación inducida por GLP-1 en hMSCs indiferenciadas, indicando que el efecto proliferativo del GLP-1 sobre las hMSCs fue mediado por la activación de la ruta de la MAPK. Por otra parte la inhibición de la Ca²⁺/calmodulina cinasa no alte-

ró significativamente los niveles en hMSCs indiferenciadas y diferenciadas. Sin embargo la inhibición de la PKC restauró la proliferación en células diferenciadas tratadas con GLP-1. Estos resultados indican que cuando las hMSCs se diferencian, la capacidad de proliferación fue más baja que en condiciones de indiferenciación y que el GLP-1 no podría activar este proceso. Este fenómeno en las células diferenciadas debe ser mediado por la activación de la vía de la PKC, ya que el bloqueo de esta ruta junto con la adición de GLP-1 restaura el grado de proliferación de las células indiferenciadas.

EL GLP-1 REDUCE LA MUERTE CELULAR DE hMSCs INDUCIDA POR LA AUSENCIA DE SUERO FETAL

La muerte celular aumentó significativamente en hMSCs cultivadas en la ausencia de suero fetal bovino cuando se comparó con los datos obtenidos con hMSCs cultivadas con 20% de suero fetal bovino (fig 5A). La adición de 10 nM GLP-1 evitó parcialmente la muerte celular inducida por 3 días de deprivación del suero sanguíneo (fig. 5B), aunque este péptido no produjo la citoprotección obtenida con 20% de suero fetal. Asimismo el efecto citoprotector del GLP-1 fue aditivo al del suero fetal bovino.

NUEVAS DIANAS GÉNICAS PARA GLP-1 DURANTE EL DESARROLLO EMBRIONARIO Y EN CÉLULAS INDIFERENCIADAS PLURIPOTENTES

Dado que las observaciones previas (15) sugerían un papel para el GLP-1 sobre los procesos de desarrollo caracterizamos la presencia de GLP-1 en los estadios tempranos, así como sus dianas génicas en las células madre embrionarias del ratón (mES) (16) GLP-1 y sus receptores fueron identificados en eMS y durante el período embrionario. En células mES el GLP-1 modificó la expresión de genes marcadores del endodermo, ectodermo y mesodermo así como de *noggin*, de las familias de los factores de crecimiento de los fibroblastos y de los hepáticos y otros implicados en el desarrollo pancreático. Además el GLP-1 facilitó la expresión del gen antiapoptótico *bcl2*, a la vez que reduce los genes proapoptóticos de las caspasas. Nuestros resultados indican que aparte de los efectos y beneficios terapéu-

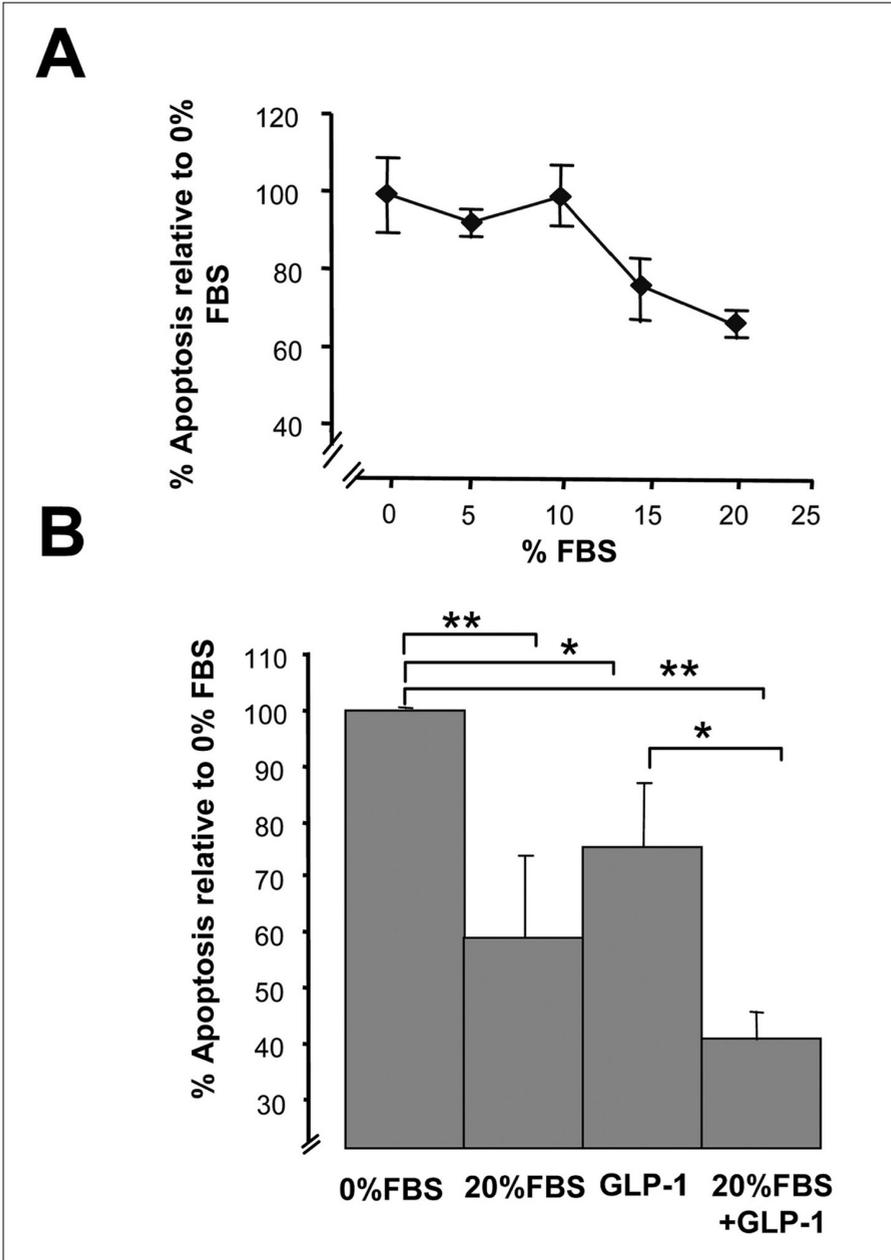


FIGURA 5: Efectos de GLP-1 sobre la apoptosis inducida por la privación de suero fetal. Las hMSCs fueron cultivadas durante 3 días en la ausencia de suero o en presencia de 20% suero fetal, 10 nM GLP-1 o con ambos. La apoptosis se determinó mediante ELISA.

ticos del GLP-1 en la vida adulta, ello puede tener dianas génicas adicionales en mES durante la vida embrionaria. Además las implicaciones fisiopatológicas por alteraciones del GLP-1 durante la vida adulta pueden tener una contrapartida durante el desarrollo (16).

DISCUSIÓN

GLP-1 es una incretina con múltiples funciones entre las que se incluyen la promoción de la proliferación, citoprotección y la neogénesis celular en varios tejidos (1). Aunque las vías de señalización y las acciones biológicas de GLP-1 han sido estudiadas de forma profusa en líneas celulares establecidas, tejidos aislados y en estudios de modelos in vivo de organismos adultos, menos es conocido acerca de los efectos de GLP-1, si tuviera alguno, sobre los procesos que ocurren durante la diferenciación celular. Relacionado con esto hemos utilizado células madre mesenquimales procedentes de la médula ósea humana para estudiar la acción del GLP-1 sobre la diferenciación, proliferación y citoprotección de estas células.

Las características de las hMSCs presentes en los mismos lotes de los usados aquí han servido para estudios de diferenciación hasta osteocitos y condrocitos (17). Por otra parte el ARNm y proteína del GLP-1R fueron identificados en hMSCs, lo cual es consistente con la acción de sus agonistas sobre los procesos que hemos descrito. En este estudio nosotros mostramos que las hMSCs expresan los marcadores de las células madre Thy-1, SCF y su receptor c-kit y nestina, pero no se encontraron marcadores de los adipocitos, demostrándose que persistió el fenotipo de las hMSCs indiferenciadas (18,19).

Es conocido que aunque algunos polipéptidos estimulan el crecimiento celular también bloquean la diferenciación celular, como ocurre con PDGF, EGF y FGF, todos los cuales inhiben la diferenciación de los adipocitos en cultivo y en in vivo. Además varias citocinas como TNF α , interleukina-1, interleukina-6, factor de crecimiento de transformación- β , e interferon- γ , inhiben la diferenciación celular hasta adipocitos (20). Aquí nosotros presentamos evidencias experimentales que el GLP-1 a través de GLP-1R inicia una transducción de señales en las hMSCs que aumenta la proliferación celular y promueve la inhibición de los pasos iniciales de la adipogénesis en estas células. La proliferación de las hMSCs determinada por

la detección de PCNA aumentó significativamente por la acción de GLP-1 en células indiferenciadas. Sin embargo cuando las hMSCs se diferenciaron, la actividad proliferativa disminuyó sensiblemente, de la misma forma que ocurrió con la activación de ERK1/2. Recientemente se ha descrito en las células β pancreáticas que desde el GLP-1R se activan las vías del cAMP/PK/CREB y de MAPK/ERK1/2 y estos de forma aditiva pueden controlar la proliferación de las células pancreáticas β (12).

La proliferación celular disminuyó sensiblemente por el inhibidor MEK PD-98059, sugiriendo la especificidad del proceso e implicando que la activación de ERK 1/2 podría ser requerida para la actividad proliferativa de GLP-1 en hMSCs. Otros datos que no mostramos indicaron que la inhibición de PKA por H89 disminuyó parcialmente ERK1/2 y también la proliferación inducida por GLP-1. Aunque no debemos descartar la activación de PKA en los efectos del GLP-1, la baja acumulación de cAMP junto con el efecto parcial de la inhibición de la PKA sobre la proliferación de las hMSCs, indican que otros componentes más potentes que la ruta dependiente de la PKA podrían activar ERK 1/2 y la proliferación celular. En este sentido la implicación de la cascada del cAMP-Epac o Src no deberían ser minusvalorados (21).

Además GLP-1 no aumentó significativamente la proliferación en las hMSCs diferenciadas, sugiriendo que la PKC podría mediar este efecto, ya que el inhibidor de PKC R0 31-8220 restauró el grado de proliferación en las células diferenciadas hasta los valores encontrados en las hMSCs indiferenciadas.

Por otra parte obtuvimos la diferenciación de las hMSCs en adipocitos, lo cual se caracterizó por cambios fenotípicos, tales como la aparición de vesículas lipídicas y por la aparición de marcadores bioquímicos. Al menos dos familias de factores de transcripción, C/EBP β y PPAR γ , que son inducidos en una etapa temprana durante la diferenciación de los adipocitos. Se sabe que un aumento de C/EBP β por encima de un dintel induce la expresión de PPAR γ y cooperativamente transactiva a genes de los adipocitos tales como LPL y como consecuencia activa la diferenciación hasta adipocitos. En efecto después de inducida la adipogénesis observamos un aumento significativo de la expresión de C/EBP β y PPAR γ así como de LPL y AP-2, así como la aparición de las vesículas de grasa. Estos marcadores aparecen de forma secuencial, siguiendo un patrón tiempo dependiente como ocurre con los pasos iniciales en la diferenciación de los

adipocitos in vivo (22). También encontramos que GLP-1 redujo significativamente la expresión de C/EBP β , PPAR γ y LPL y resultó significativo que el efecto inhibitorio fue dependiente de la expresión programada de C/EBP β , PPAR γ y LPL. Resulta interesante mencionar que la correcta diferenciación de los adipocitos depende de la coordinada regulación de la expresión de los genes tempranos, lo cual puede explicar porqué una pequeña inhibición de la expresión de C/EBP β y PPAR γ por GLP-1 (30 al 33 % respectivamente) pueda producir una considerable reducción en la expresión de LPL (90%).

Con objeto de investigar la transducción de señales involucradas en el efecto del GLP-1 sobre la diferenciación de las hMSCs hasta adipocitos, tratamos las células con el inhibidor de MEK, PD-98059. El bloqueo de la vía MAPK abolió el efecto inhibitorio del GLP-1 sobre la diferenciación, indicando que los efectos de GLP-1 son mediados al menos en parte, por la activación de ERK $\frac{1}{2}$. Sin embargo la inhibición de PKC promovió los efectos inhibitorios de GLP-1 sobre la diferenciación de las hMSCs, mientras conservó el potencial proliferativo de las células diferenciadas al mismo nivel que el de las indiferenciadas. La presencia de GLP-1 junto con el inhibidor de la PKC podría contribuir a la inhibición de la diferenciación de los adipocitos y como consecuencia daría lugar a una mayor cantidad de células proliferativas indiferenciadas. La capacidad del GLP-1 para inhibir la diferenciación y promover la proliferación a través de la inhibición de la PKC podría estar involucrado en la señalización de GLP-1R como una molécula pivote modulando los procesos de proliferación y diferenciación.

Estos resultados parecen estar de acuerdo con aquéllos de Fleming y col (23) quienes encontraron la implicación de varias isoformas de PKC en la temprana expansión clonal de las células en diferenciación y la persistencia tardía del fenotipo del adipocito. En contraste ni la PKC ni los inhibidores de la calmodulina cinasa calcio dependiente mediaron los efectos del GLP-1 sobre la diferenciación de los adipocitos.

Nuestros resultados indican que los receptores de GLP-1 transducen al menos dos rutas de señalización involucradas en la diferenciación de las hMSCs hasta adipocitos: una que da lugar a la activación de la MAPK, la cual es esencial para la expansión mitótica clonal, y la segunda ruta implicada en el efecto de la PKC que media la señalización de GLP-1 sobre los procesos de diferenciación y proliferación.

Otro efecto del GLP-1 en hMSCs fue la prevención de la apoptosis, como ocurre en las líneas de células β y en islotes pancreáticos aislados (24)

Asimismo el GLP-1 tiene efectos beneficiosos sobre las alteraciones de los carbohidratos y lípidos encontrados en la obesidad y diabetes. La obesidad es un factor de riesgo para la diabetes tipo 2, y de ahí que la reducción del peso corporal podría ser el primer paso para prevenir la enfermedad, mientras que en los últimos estadios de la enfermedad son las drogas antidiabéticas. En esta dirección las propiedades del GLP-1, tales como las propiedades anorexigénicas y efectos antidiabetogénicos, junto con los hallazgos descritos aquí refuerzan el interés fisiopatológico del GLP-1. En este sentido, en ratones con carencia de dipeptidil transferasa IV (que inactiva GLP-1 y muchos otros sustratos generados por ruptura de un enlace peptídico), están protegidos contra la obesidad y la resistencia a la insulina (25). De acuerdo con ello, la masa de grasa y el porcentaje de contenido graso en los ratones con deficiencia de DPP-IV alimentados con una dieta rica en grasas son más bajos que en los animales controles nativos. Las obesidades mórbidas y de la infancia están caracterizadas por una excesiva acumulación de la masa del tejido adiposo que resulta del aumento de los adipocitos diferenciados existentes (obesidad hipertrófica), así como por la adquisición de nuevo adipocitos procedentes de la proliferación y posterior diferenciación (26) de los preadipocitos (obesidad hiperplástica). Otros autores han descrito el bajo efecto lipogénico y la más alta acción lipolítica del GLP-1 en sujetos obesos. Nuestros resultados concernientes con las acciones del GLP-1 para prevenir la adipogénesis, junto con las propiedades mencionadas arriba, pueden reforzar el papel terapéutico potencial del GLP-1, para prevenir la hiperplasia de adipocitos asociada con obesidad, que adicionalmente podría reforzar el mantenimiento de los depósitos de hMSCs mediante la promoción de la proliferación y citoprotección de las hMSCs indiferenciadas (15).

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo se realizó gracias a la importante contribución de la Dra. Carmen Saz, así como de los Dras. Patricia Vázquez, Cristina Blázquez, y Pedro Barrio. Asimismo fue financiado por proyectos de investigación concedidos por el MICINN, CIBERDEM y Fundación de la Mutua Médica Madrileña.

BIBLIOGRAFÍA

1. DRUCKER, D. J.: «Glucagon-like peptides: regulators of cell proliferation, differentiation and apoptosis». *Mol. Endocrinol.* 17: 161-171, 2003.
2. ÁLVAREZ, E.; MARTÍNEZ, M. D.; RONCERO, I.; CHOWEN, J. A.; GARCÍA-CUARTERO, B.; GISPERR, J. D.; SANZ, C.; VÁZQUEZ, P.; MALDONADO, A.; DE CÁCERES, J.; DESCO, M.; POZO, M. A.; BLÁZQUEZ, E.: «The expression of GLP-1 receptor mRNA and protein allows the effect on glucose metabolism in the human Hypothalamus and brainstem». *J. Neurochem.* 92: 798-806, 2005.
3. ÁLVAREZ, E.; RONCERO, I.; CHOWEN, J. A.; THORENS, B.; BLÁZQUEZ, E.: «Expression of the glucagon-like peptide-1 receptor gene in rat brain». *J. Neurochem.* 66: 920- 927, 1996.
4. GUTNIA, K. M.; ORSKOV, C.; HOLST, J. J.; AHRÉN, B.; EFENDIC, S.: «Antidiabetogenic effect of glucagon-like peptide-1 (7-36) amide in normal subjects and patients with diabetes mellitus». *N. Engl. J. Med.* 326:1316-1322, 1992.
5. KREYMAN, B.; WILLIAMS, G.; GHATEI, M. A.; BLOOM, S. R.: «Glucagon-like peptide-1 (7-36): a physiological incretin in man». *Lancet* 2: 1300-1304, 1987.
6. NAVARRO, M.; RODRÍGUEZ DE FONSECA, F.; ÁLVAREZ, E.; CHOWEN, J. A.; ZUECO, J. A.; GÓMEZ, R.; ENG, J.; BLÁZQUEZ, E.: «Colocalization of glucagon-like peptide-1 (GLP-1 receptors, glucose transporter GLUT-2, and glucokinase mRNAs in hypothalamic cells: evidence of a role of GLP-1 receptor agonists as an inhibitory signal for food and water intake». *J. Neurochem.* 67: 1982-1991, 1996.
7. TURTON, M. D.; O'SHEA, D.; GUN, I.; BEAK, S. A.; EDWARDS, S. M.; MEERAN, K.; CHOI, S. J.; TAYLOR, G. M.; HEATH, M. M.; LAMBERT, P. D.; WILDING, J. P.; SMITH, D. M.; GHATEI, M. A.; HERBERT, J.; BLOOM, S. R.: «A role for glucagon-like peptide-1 in the central regulation of feeding». *Nature* 379: 69-72, 1996.
8. BULOTTA, A.; HUI, H.; ANASTASI, E.; BERLOTTO, C.; BOROS, L.; DI MARIO, U.; PERFETTI, R.: «Cultured pancreatic ductal cells undergo cell cycle redistribution of beta-cell-like differentiation in response to glucagon-like peptide-1». *J. Mol. Endocrinol.* 29: 347-360, 2002.
9. DE LEON, D. D.; DENG, S.; MADANI, R.; AHIMA, R. S.; DRUCKER, D. J.; STOFFERS, D. A.: «Role of endogenous glucagon-like peptide-1 in islet regeneration after partial pancreatectomy». *Diabetes* 52: 365-371, 2003.
10. CHOWEN, J. A.; DE FONSECA, F.; ÁLVAREZ, E.; NAVARRO, M.; GARCÍA-SEGURA, L. M.; BLÁZQUEZ, E.: «Increased glucagon-like peptide-1 receptor expression in glia after mechanical lesion of rat brain». *Neuropeptides* 33: 212-215, 1999.
11. DURING, M. J.; CAO, L.; ZUZGA, D. S.; FRANCIS, J. S.; FITZSIMONS, H. L.; JIAO, X.; BLAND, R. J.; KLUGMANN, M.; BANGS, W. A.; DRUCKER, D. J.; HAILE, C. N.: «Glucagon-like peptide-1 receptor is involved in learning and neuroprotection». *Nature Med.* 9: 1173-1179, 2003.
12. KLINGER, S.; POUSSIN, C.; DEBRIL, M. B.; DOLCI, W.; HALBAN, P. A.; THORENS, B.: «Increasing GLP-1 induced beta-cell proliferation by silencing

- the negative regulators of signalling cAMP response element modulator-alpha and DUSP14». *Diabetes* 57: 584-593, 2008.
13. HU, E.; KIM, J. B.; SARRAF, P.; SPIELGEMAN, B. M.: «Inhibition of adipogenesis through MAP kinase-mediated phosphorylation of PPARgamma». *Science* 274: 2100-2103, 1996.
 14. SANCHO, V.; TRIGO, M. V.; MARTÍN-DUCE, A.; GONZÁLEZ, A.; ACITORES, A.; ARNÉS, I.; VALVERDE, I.; MALAISSE, W. J.; VILLANUEVA-PEÑACARRILLO, M. L.: «Effect of GLP-1 on D-glucose transport, lipólisis and lipogenesis in adipocytes of obese subjects». *Int. J. Mol. Med.* 17: 1133-1137, 2006.
 15. SANZ, C.; VÁZQUEZ, P.; BLÁZQUEZ, C.; BARRIO, P. A.; ÁLVAREZ, M. DEL M.; BLÁZQUEZ, E.: «Signaling and biological effects of glucagon-like peptide-1 on the differentiation of mesenchymal stem cells from human bone marrow». *Am. J. Physiol. Endocrinol. Metab.* 298: E634-E643, 2010.
 16. SANZ, C.; BLÁZQUEZ, E.: «New gene targets for glucagon-like peptide-1 during embryonic development and in undifferentiated pluripotent cells». *Am. J. Physiol. Endocrinol. Metab.* 301: E494-E503, 2011.
 17. ROMERO-PRADO, M.; BLÁZQUEZ, C.; RODRÍGUEZ- NAVAS, C.; MUÑOZ, J.; GUERRERO, I.; DELGADO-BAEZA, E.; GARCÍA-RUIZ, J. P.: «Functional characterization of human mesenchymal stem cells that maintain osteochondral fates». *J. Cell Biochem.* 98: 1457-1470, 2006.
 18. HAUNER, H.; ROHRIG, K.; PETRUSCHKE, T.: «Effects of epidermal growth factor (EGF), platelet-derived growth factor (PDGF) and fibroblast growth factor (FGF) on human adipocyte development and function». *Eur. J. Clin. Invest.* 25: 90-96, 1995.
 19. NAVRE, M.; RINGOLD, G. M.: «Differential effects of fibroblast growth factor and tumor promoters on the initiation and maintenance of adipocyte differentiation». *J. Cell Biol.* 109: 1857-1863, 1989.
 20. TORTI, F. M.; TORTI, F. V.; LARRICK, J. W.; RINGOLD, J. M.: «Modulation of adipocyte differentiation by tumor necrosis factor and transforming growth factor beta». *J. Cell Biol.* 108: 1105-1113, 1989.
 21. KAWASAKI, H.; SPRINGETT, G. M.; MOCHIZUKI, S.; TOKI, S.; TAKAYA, M.; MATSUDA, M.; HOUSMAN, D. E.; GRAYBIEL, A. M.: «A family of cAMP-binding proteins that directly activate Rap 1». *Science* 282: 2275-2279, 1998.
 22. GREGOIRE, F. M.; SMAS, C. M.; SUL, H. S.: «Understanding adipocyte differentiation». *Physiol. Rev.* 78: 783- 809, 1998.
 23. FLEMING, I.; MACKENZIE, S. J.; VERNON, R. G.; ANDERSON, N. G.; HOUSLAY, M. D.; KILGOUR, E.: «Protein kinase C isoforms play different roles in the regulation of adipocyte differentiation». *Biochem. J.* 333: 719-727, 1998.
 24. LI, Y.; HANSOTIA, T.; YUSTA, B.; RIS, F.; HALBAN, P. A.; DRUCKER, D. J.: «Glucagon-like peptide-1 receptor signaling modulates beta cell apoptosis». *J. Biol. Chem.* 278: 471-478, 2003.
 25. BOST, F.; AOUADI, M.; CARON L.; BINÉTRUY, B.: «The role of MAPKs in adipocyte differentiation and obesity: new developments in metabolic syndrome». *Biochimie* 87: 51-56, 2005.
 26. GESTA, S.; TSENG, Y. H.; KAHN, C.R.: «Developmental origin of fat: tracking obesity to its source». *Cell* 131: 242-256, 2007.

SUMARIOS DEL TOMO CXXVII

CUADERNO PRIMERO

	<i>Páginas</i>
SOLEMNE SESIÓN INAUGURAL PARA LA APERTURA DEL CURSO ACADÉMICO.—DÍA 12 DE ENERO DE 2010	
Memoria de Secretaría 2010, por el Excmo. Sr. D. Miguel Lucas Tomás	4
Discurso inaugural, por el Prof. Francisco José Rubia Vila	20
Homenaje por antigüedad académica al Prof. D. José Antonio Clavero Núñez	21
Entrega de placa de agradecimiento al Prof. D. Francisco Vázquez de Quevedo	22
I SESIÓN CIENTÍFICA CONMEMORATIVA DEL 275 ANIVERSARIO. DÍA 19 DE ENERO DE 2010	
«Las academias: recuerdo del pasado y programa de futuro», por el Excmo. Sr. D. Diego Gracia Guillén	29
Intervenciones:	
Del Prof. Valtueña Borque	41
Del Prof. Domínguez Carmona	41
Del Prof. Campos Muñoz	43
Del Prof. Rodríguez Rodríguez	44
Del Prof. Serrano Ríos	45
«Olavide y su obra. El comienzo de la Dermatología en España», por el Dr. D. Luis Conde-Salazar Gómez	47
Intervenciones:	
Del Prof. Valtueña Borque	58
Del Prof. Seoane Prado	58
II SESIÓN CIENTÍFICA.—DÍA 26 DE ENERO DE 2010	
«La sexualidad de los adolescentes», por el Excmo. Sr. D. Juan del Rey Calero	67
«Reflexiones sobre la implantación del “espacio europeo” en una Facul- tad de Medicina», por el Excmo. Sr. D. Ángel Nogales Espert	89
III SESIÓN CIENTÍFICA	
II SESIÓN CONMEMORATIVA DEL 275 ANIVERSARIO.—DÍA 2 DE FEBRERO DE 2010	
«Hambre, nutrición y crecimiento: una panorámica mundial», por el Excmo. Sr. D. Federico Mayor Zaragoza	101

Intervenciones:

Del Prof. Pérez Pérez	110
Del Prof. Casado Frías	112
Del Prof. Nogales Espert	115
Del Prof. Rubia Vila	115
«Producción de alimentos», por el Prof. Albert Sasson	117
«Sociedad y sistema alimentario un reto de futuro», por el Dr. Ramón Clotet	123

IV SESIÓN CIENTÍFICA.—DÍA 9 DE FEBRERO DE 2010

«La sexualidad para Marañón», por el Excmo. Sr. D. José Antonio Clavero Núñez	135
---	-----

Intervenciones:

Del Prof. Alonso Fernández	147
Del Prof. Pérez Pérez	148
Del Prof. Escudero Fernández	150
Del Prof. Poch Broto	151

«Morfodiferenciación del músculo del estribo. Aportación personal», por el Ilmo. Sr. D. José Francisco Rodríguez Vázquez	153
--	-----

Intervenciones:

Del Prof. Jiménez Collado	164
Del Prof. Poch Broto	164
Del Prof. Lucas Tomás	166

V SESIÓN CIENTÍFICA.—DÍA 16 DE FEBRERO DE 2010

«Medicina celular y molecular en las lesiones del sistema músculo esquelético (deporte). (Células para curar)», por el Ilmo. Sr. D. Pedro Guillén García	171
--	-----

CONFERENCIA PRONUNCIADA EL DÍA 24 DE FEBRERO DE 2009

«El estrés térmico», por el Excmo. Sr. D. Manuel Domínguez Carmona	185
--	-----

CUADERNO SEGUNDO

	<u>Páginas</u>
VI SESIÓN CIENTÍFICA.—DÍA 23 DE FEBRERO DE 2010	
«Agentes químicos causales de la enfermedad de Parkinson», por el Excmo. Sr. D. Manuel Domínguez Carmona	203
«Presencia catalana en la Cirugía del siglo XX», por el Ilmo. Sr. D. Francisco Vázquez de Quevedo	227
VIII SESIÓN CIENTÍFICA.—DÍA 9 DE MARZO DE 2010	
«La neurotransmisión desde la otra orilla», por el Excmo. Sr. D. Pedro Sánchez García	257
«Terapia celular con condrocitos. Evaluación de la viabilidad celular en cultivos», por el Excmo. Sr. D. Antonio Campos Muñoz	269
Intervenciones:	
Del Prof. Munuera	281
Del Prof. Sanz Esponera	282
Del Prof. Jiménez Collado	283
Del Prof. Pérez Pérez	283
Del Prof. Blázquez Fernández	284
Del Prof. Serrano Ríos	284
Del Dr. Pedro Guillén García	285
Del Prof. Rodríguez Rodríguez	286
X SESIÓN CIENTÍFICA.—DÍA 13 DE ABRIL DE 2010	
«Secuelas orgánicas en el deportista de élite dopado», por el Excmo. Sr. D. Manuel Vitoria Ortiz	289
Intervenciones:	
Del Dr. Guillén García	303
Del Prof. Rodríguez Rodríguez	303
Del Dr. Valtueña	304
XI SESIÓN CIENTÍFICA.—DÍA 20 DE ABRIL DE 2010	
«Modulación del sueño REM pro neuronas no-gabaérgicas del hipotálamo y prosencéfalo basal», por el Excmo. Sr. D. Fernando Reinoso Suárez .	309
Intervenciones:	
Del Prof. Segovia de Arana	324
Del Prof. García Sagredo	324
Del Prof. Rodríguez Rodríguez	325
Del Prof. Pedro Sánchez	325

«Bases neuroanatómicas de la acción de las hipocretinas en el sistema reticular ascendente de activación: su aportación a la fisiopatología de la narcolepsia», por el Prof. D. Miguel Garzón García	327
Intervenciones:	
Del Prof. Rubia Vila	342
Del Prof. Pérez Pérez	343
Del Prof. Serrano Ríos	344

XII SESIÓN CIENTÍFICA.—DÍA 27 DE ABRIL DE 2010

«Historia contextualizada de la <i>Academia Médica Matritense</i> en relación con las academias sanitarias coetáneas durante la <i>Primera Etapa</i> (2.º tercio del siglo XVIII)», por el Excmo. Sr. D. Francisco González de Posada .	391
Intervenciones:	
Del Prof. Rodríguez Rodríguez	368
Del Prof. Campos Muñoz	369
«Artoplastia total: las otras superficies; desgaste y osteolisis», por el Ilmo. Sr. D. Luis Munuera Martínez	371
Intervenciones:	
Del Prof. Seoane Prado	381
Del Prof. Campos Muñoz	381
Del Prof. Rodríguez Rodríguez	382
Del Prof. Guillén García	382
Del Prof. Lucas Tomás	383

CUADERNO TERCERO

	<i>Páginas</i>
XIII SESIÓN CIENTÍFICA.—DÍA 4 DE MAYO DE 2010	
«El poder de las ideologías», por el Excmo. Sr. D. Francisco José Rubia Vila	397
Intervenciones:	
Del Prof. González de Posada	408
Del Prof. Rey Calero	410
«Tratamiento de la hepatitis crónica C: situación actual y perspectivas», por el Ilmo. Sr. D. José María Ladero Quesada	413
Intervenciones:	
De la Prof. ^a Carmen Maroto Vela	424
Del Prof. Casado Frías	425
Del Prof. García-Sancho	426
Del Prof. Sanz Esponera	426
Del Prof. Serrano Ríos	427
Del Prof. Rodríguez Rodríguez	429
XIV SESIÓN CIENTÍFICA.—DÍA 11 DE MAYO DE 2010	
«PET-TAC en las plataformas translacionales oncológicas», por el Excmo. Sr. D. José Luis Carreras Delgado	435
Intervenciones:	
Del Prof. Seoane Prado	442
Del Prof. Eduardo Díaz-Rubio	443
Del Prof. Galindo Tixaire	444
«Equipos multimodalidad: una nueva visión en el diagnóstico por imagen», por el Ilmo. Sr. D. Luis Peña Gutiérrez	445
Intervenciones:	
Del Prof. Eduardo Díaz-Rubio García	454
Del Prof. Munuera	455
XV SESIÓN CIENTÍFICA.—DÍA 18 DE MAYO DE 2010	
«Origen y desarrollo del lenguaje», por el Excmo. Sr. D. José María Segovia de Arana	461
Intervenciones:	
Del Prof. Pérez Pérez	473
Del Prof. Gracia Guillén	474
Del Prof. García Sagredo	476
Del Prof. Casado de Frías	479
Del Prof. Poch Broto	480

	<i>Páginas</i>
«Nuevo enfoque terapéutico de las malformaciones vasculares cerebrales complejas», por el Ilmo. Sr. D. Gregorio Rodríguez Boto	483
Intervenciones:	
Del Prof. Seoane Prado	492
XVI SESIÓN CIENTÍFICA.—DÍA 25 DE MAYO DE 2010	
«Medición de calidad de vida en niños con dolor crónico: ¿tiene alguna utilidad clínica?», por el Ilmo. Sr. D. Francisco Reinoso Barbero	497
Intervenciones:	
Del Prof. Rodríguez Rodríguez	508
Del Prof. Nogales Espert	509
Del Prof. Seoane Prado	510
Del Prof. Rey Calero	510
Del Prof. Sánchez García	511
SESIÓN NECROLÓGICA.—DÍA 1 DE JUNIO DE 2010 EN MEMORIA DEL EXCMO. SR. D. VICENTE MOYA PUEYO	
«Discurso de precepto», por el Excmo. Sr. D. Juan José López-Ibor Aliño .	519
Intervenciones:	
Del Prof. Escudero Fernández	525
Del Prof. Nogales Espert	526
Del Prof. Alonso Fernández	526
Del Prof. Clavero Núñez	528
Del Prof. Suárez Fernández	528
De la Prof. ^a Fariña	529
Del Prof. Lucas Tomás	530
XVII SESIÓN CIENTÍFICA.—DÍA 8 DE JUNIO DE 2010	
«Los síndromes coronarios agudos. Diferencias clínicas y terapéuticas», por el Excmo. Sr. D. José Ramón de Berrazueta Fernández	535
Intervenciones:	
Del Prof. Seoane Prado	547
Del Prof. García-Sancho	548
Del Prof. Sanz Esponera	548
Del Prof. Poch Broto	549
XVIII SESIÓN CIENTÍFICA.—DÍA 15 DE JUNIO DE 2010	
«El reto de la supervivencia en cáncer en adulto: el proceso terapéutico desde la perspectiva del clínico», por el Excmo. Sr. D. Eduardo Díaz-Rubio García	555
Intervenciones:	
Del Prof. Seoane Prado	570
Del Prof. Escudero Fernández	571
Del Prof. Poch Broto	572
Del Prof. Lucas Tomás	573

«Conocimiento actual de la morfología de la articulación temporomandibular: repercusiones clínicas», por el Ilmo. Sr. D. José Ramón Mérida Velasco	575
Intervenciones:	
Del Prof. Seoane Prado	583
Del Prof. Guillén García	583
Del Prof. Poch Broto	584
Del Prof. Lucas Tomás	584

CUADERNO CUARTO

	<i>Páginas</i>
XIX SESIÓN CIENTÍFICA.—DÍA 21 DE SEPTIEMBRE DE 2010	
«CREATIVIDAD Y ENFERMEDAD MENTAL»	
«La creatividad pertenece a la persona, no a la enfermedad», por el Excmo. Sr. D. Juan José López-Ibor Aliño	597
Intervenciones:	
Del Prof. Segovia de Arana	612
Del Dr. Valtueña Borque	613
Del Dr. Martínez-Fornés	
«Melancolía, creatividad y surrealismo», por el Ilmo. Sr. D. Carlos Carbonell Masiá	615
Intervenciones:	
Del Prof. Sánchez García	630
Del Prof. Segovia de Arana	630
Del Prof. Galindo Tixaire	631
Del Prof. Campos Muñoz	631
Del Prof. Rubia Vila	632
Del Prof. Lucas Tomás	632
«La esqueletomaquia de Carlos González Rajel. Ver más allá de donde alcanzan nuestros ojos», por el Sr. D. Calixto Plumed Moreno, O.H.	633
XX SESIÓN CIENTÍFICA.—DÍA 28 DE SEPTIEMBRE DE 2010	
«Monografías de la Real Academia Nacional de Medicina», por el Excmo. Sr. D. Eduardo Díaz-Rubio García	685
«Utilidad de la PET-TAC en Oncología», por el Ilmo. Sr. D. José Luis Carreras Delgado	693
XXI SESIÓN CIENTÍFICA.—DÍA 19 DE OCTUBRE DE 2010	
«Alexitimia, un trastorno masculino y un sufrimiento femenino», por el Excmo. Sr. D. Francisco Alonso Fernández	703
Intervenciones:	
Del Prof. Martínez Fornés	719
Del Prof. Segovia de Arana	720
Del Prof. Alonso Fernández	721

	<i>Páginas</i>
«Presentación del libro: “Fisiología humana” (4. ^a edición)», por el Excmo. Sr. D. Jesús A. Fernández-Tresguerres Hernández	723
Intervenciones:	
Del Prof. Segovia de Arana	728
Del Prof. Seoane Prado	728
XXII SESIÓN CIENTÍFICA.—DÍA 2 DE NOVIEMBRE DE 2010	
«El diagnóstico microbiológico en las infecciones graves», por el Excmo. Sr. D. Gonzalo Piédrola Angulo	735
Intervenciones:	
Del Prof. García Sancho	744
Del Prof. Rey Calero	744
Del Prof. Domínguez Carmona	745
Del Prof. Seoane Prado	746
«Indicaciones clínicas de las pruebas de resistencia en la infección VIH», por la Excma. Sra. D. ^a M. ^a del Carmen Maroto Vela	749
Intervenciones:	
Del Prof. Suárez Fernández	758
Del Prof. Pérez Pérez	759
XXIII SESIÓN CIENTÍFICA.—DÍA 16 DE NOVIEMBRE DE 2010	
«Innovación en cirugía de urgencia diferida en la rotura total de la uretra membranosa», por el Excmo. Sr. D. José M. ^a Gil-Vernet Vila	763
SESIÓN NECROLÓGICA.—DÍA 30 DE NOVIEMBRE DE 2010 EN MEMORIA DEL EXCMO. SR. D. AMADOR SCHÜLLER PÉREZ	
«Discurso de precepto», por el Excmo. Sr. D. Manuel Díaz-Rubio García ..	783
Intervenciones:	
Del Prof. Suárez Fernández	799
Del Prof. Marañón Cabello	800
Del Prof. Carro Otero	801
Del Prof. Reinoso Suárez	802
Del Prof. Clavero Núñez	803
De la Prof. ^a Maroto Vela	805
Del Prof. Jiménez Collado	805
Del Prof. Serrano Ríos	807
Del Prof. González de Posada	808
Del Prof. Rodríguez Rodríguez	810
Del Prof. Sánchez García	811
Del Prof. Poch Broto	813
Del Prof. Rey Calero	814
Del Prof. Cruz Hermida	817
Del Prof. Lucas Tomás	818
Del Prof. Víctor García de la Concha	818
CONFERENCIA PRONUNCIADA.—DÍA 10 DE FEBRERO 2010	
«Recepción y transducción de señales implicadas en la diferenciación de células madre de la médula ósea humana hasta adipocitos, por el Excmo. Sr. D. Enrique Blázquez Fernández	821

