

## El síndrome de don Quijote

### Don Quixote syndrome

Sr. Editor:

“(...) y así, del poco dormir y del mucho leer se le seco el cerebro de manera, que vino a perder el juicio<sup>1</sup>.”

En 1979, Magherini observó entre los turistas que acudían a Florencia una reacción psicósomática tras contemplar obras de arte de una extraordinaria belleza en la galería Uffizi. Al conjunto de síntomas característicos (taquicardia, confusión y alucinaciones) definió la psiquiatra italiana posteriormente como *síndrome de Stendhal*<sup>2</sup>, en honor al escritor francés de *Nápoles y Florencia: una excursión desde Milán al Regio*, el cual había descrito estas mismas sensaciones al visitar la Basílica florentina de la Santa Cruz. Parecido sobrecogimiento sería expuesto años más tarde por el novelista ruso Fiódor M. Dostoyevski en *El Idiota*, partiendo de su propia experiencia al hallarse frente al *Cristo Muerto* de Holbein en un museo de Basilea<sup>3</sup>.

Bajo la influencia de esta idea, en 2008 propusimos el término *síndrome de don Quijote*<sup>4</sup> para designar aquellas transformaciones neuropsicológicas y/o cambios de comportamiento asociados con la lectura de una obra literaria, en honor al personaje de Cervantes, a quien la desafortunada lectura de libros de caballería y de mitología grecorromana condujeron a un estado de enajenación mental merced al cual mudó su original identidad de Alonso Quijano por la del caballero don Quijote de La Mancha, persuadiendo a un labrador vecino suyo para que le acompañara en busca de aventuras, prometiéndole una ínsula en logrando su objetivo con el firme propósito de socorrer a los menesterosos del mundo y ganar fama eterna gracias a sus hazañas (fig. 1).



Figura 1 Don Quijote y Sancho Panza vistos por Pablo Picasso.

De acuerdo con esta definición, el *síndrome de don Quijote* puede variar en intensidad: desde el mero gozo provocado por una lectura dada, hasta una interpretación delirante provocada por la misma. Así, en sus formas leves, el lector referirá “*un antes y un después*”, careciendo sin embargo de repercusiones evidentes sobre su comportamiento. En sus formas moderadas, se apreciarán ya cambios conductuales en directa relación con dicha lectura, semejantes a los observados en algunos estudiantes de medicina que imaginan padecer aquellas enfermedades que han estudiado<sup>5</sup>. En sus formas graves, el lector sufrirá un trastorno de la percepción de lo real. Ejemplos extremos de tales casos serían el lector que asesinó a John Lennon inspirándose en el clásico de J. D. Salinger, *El guardián entre el centeno*, pasando por los suicidios relacionados con la lectura del *Werther* de Goethe, hasta llegar a las macabras interpretaciones fundamentalistas supuestamente inspiradas por *La Biblia* o, más contemporáneamente, *El Corán* (Nueva York, 2001; Madrid, 2004; Londres, 2005).

Sin embargo, idealmente un *síndrome de don Quijote* deberá caracterizarse por un delirio de intención noble; algo próximo a lo que el citado Salinger define como una paranoia al revés, esto es la creencia de que existe una conspiración para hacerle a uno feliz<sup>6</sup>. O, al menos, apartarse del viejo dicho popular “*piensa mal y acertarás*”, para dignamente enaltecer nuestro lado más altruista.

En el ámbito de las neurociencias, la obra ensayística para-científica de Cajal resulta pródiga en referencias al *Quijote*. En *El mundo visto a los ochenta años*, nuestro Cervantes de las ciencias alude a su trascendencia, proclamando igualmente su excelsitud, así como su gran capacidad de sugestión sobre el lector<sup>7</sup>. Retrospectivamente, el *Quijote* ha sido sometido a diversas interpretaciones médico-psiquiátricas, incluyendo una reciente revisión desde un punto de vista neurológico<sup>8</sup>. Podría argumentarse, en un lenguaje asimismo actualizado, que el de don *Quijote* es un delirio encapsulado, referido sólo a aquello conceniente y que atañe exclusivamente a todo lo que toca con la andante caballería. O que se trata simplemente de una reacción normal de alguien normal frente a un mundo anormal. Para Ortega y Gasset el problema no queda resuelto con declarar demente a don *Quijote*, y se refiere a la obra de Cervantes como “*libro máximo*” y “*selva ideal*”<sup>9</sup>. En cualquiera de los casos, nadie mejor que Cervantes para describir (también desde un punto de vista clínico), por boca de otro de los personajes, al protagonista de su novela: “(…) él es un loco bizarro (...) No le sacarán del borrador de su locura cuantos médicos y buenos escribanos tiene el mundo: él es un entreverado loco, lleno de lúcidos intervalos<sup>1</sup>”.

Por otra parte, entre los escritores influenciados por esta vertiente médico-literaria cervantina, el mismo Shakespeare tituló uno de sus dramas perdidos *La Historia de Cardenio* basándose en la sub-trama quijotesca de el Roto, cuya enajenación sucedió a un desengaño amoroso. Asimismo el *Quijote* sirvió como principal fuente de inspiración en la construcción del protagonista epiléptico de el *Idiota*, considerando además el propio Dostoyevski a el *Quijote* como la creación más grande que ha dado el genio humano y su más profunda expresión del pensamiento<sup>10</sup>.

Pero acaso la mayor de las ironías de el *Quijote Biblia Española* (de acuerdo con Unamuno) sea la reconversión

final de don *Quijote* en Alonso Quijano el Bueno. Recordada la cordura, el hidalgo manchego esgrime un refrán (probablemente contagiado de su larga relación con Sancho Panza), por el que pretende disculparse y convencer a familiares y amigos del error de haberse proclamado el caballero don *Quijote* de La Mancha: “(...) vámonos poco a poco, pues ya en los nidos de antaño no hay pájaros hogaño<sup>1</sup>”. Y tal vez sea este lúcido ejercicio de autocrítica y desdén manifestado hacia los libros de caballería, su ausencia de dogmatismo y el profundo humanismo destilado por cada capítulo de su historia, lo que hagan del *Quijote* el mejor ejemplo de un posible *síndrome de Don Quijote*, en el sentido de transformar a sus lectores en mejores personas.

## Presentaciones

El presente trabajo, ampliado a partir una encuesta llevada a cabo en el contexto del reciente discurso de ingreso en la Asociación Española de Médicos Escritores y Artistas (ASEMEYA), ha sido presentado al XIV congreso de la EFNS celebrado entre los días 25 y 28 de septiembre en Ginebra.

## Bibliografía

1. Cervantes M. Don Quijote de La Mancha. Edición IV Centenario (1605 – 1615). Madrid: Editorial Castilla; 1947.
2. Magherini G. La Síndrome di Stendhal. Firenze: Ponte Alle Grazie; 1989.
3. Dostoyevski FM. El Idiota (1868). Madrid: Alianza, 1999. (Ver en Amâncio EJ. Dostoevsky and Stendhal's Syndrome. Arq Neuropsiquiatr 2005;63(4):1099–1103).
4. Iniesta I. The syndrome of Don Quixote. Medical Historian 2008-2009;20:52–53. También en: Iniesta López I. Literatura y Neurología: del Síndrome de Don Quijote a la roversalia. Disponible en: [www.medicosescritoresyartistas.com/marco04.htm](http://www.medicosescritoresyartistas.com/marco04.htm).
5. Dalrymple T, Jerome K. Jerome syndrome. BMJ. 2009;339:b4194.
6. Salinger JD. Levantad, carpinteros, las vigas del tejado. Seymour, una introducción. Madrid: Edhasa; 1986.
7. Ramón y Cajal S. El mundo visto a los ochenta años. Impresiones de un arteriosclerótico. 2ª ed. Madrid: Tipografía Artística; 1934.
8. Ezpeleta D. Neurología en El Quijote de Cervantes: observaciones de un lector sorprendido. En: Martín Araguz A. Neurología y Arte. Madrid: Saned; 2005.
9. Ortega y Gasset J. Meditaciones del Quijote. En Obras de José Ortega y Gasset. 2ª ed. Madrid: Espasa Calpe; 1936. p. 26.
10. Dostoievski FM. Diario de un Escritor (1873 – 1881). Barcelona: Alba; 2007.

I. Iniesta

Department of Neurology, The Walton Centre for Neurology and Neurosurgery NHS Trust, Liverpool, United Kingdom

Correo electrónico: [ivan.iniesta@thewaltoncentre.nhs.uk](mailto:ivan.iniesta@thewaltoncentre.nhs.uk), [iniesta.ivan@gmail.com](mailto:iniesta.ivan@gmail.com)

doi:10.1016/j.nrl.2010.07.022

## El síndrome de Alonso Quijano

### Alonso Quijano syndrome

Sr. Editor:

A finales de 2005 tuvimos la oportunidad de aprender de un paciente esquizofrénico que vivió loco y murió cuerdo.

Tenía 44 años. Soltero y sin hijos, residía en un hospital psiquiátrico desde hacía 7 años. Su desarrollo psicomotor fue normal. A los 16 años dejó los estudios para trabajar como mecánico de coches. Siempre fue un hombre extraño y solitario. Hizo el servicio militar sin problemas conocidos pero, al regresar, su comportamiento se tornó cada vez más excéntrico. A esto se añadió un consumo abusivo de alcohol, tabaquismo y conductas agresivas hacia sus padres, con quienes vivía. A los 30 años fue diagnosticado de esquizofrenia paranoide, pero su adherencia al tratamiento nunca fue buena.

Su primer ingreso psiquiátrico tuvo lugar a los 36 años. Fue entonces cuando se le diagnosticó una diabetes mellitus. El 1998 tuvo un nuevo ingreso psiquiátrico de media

estancia, pero tras el alta, continuaron los problemas conductuales, los delirios, las amenazas, perdió definitivamente el trabajo y se decidió un ingreso de larga estancia en 1999, a la edad de 39 años.

Los primeros años fueron los más difíciles. Aislado del resto, casi autista, hablaba solo continuamente, no atendía a explicaciones y con frecuencia se mostraba hostil. No participaba en las actividades terapéuticas del hospital ni tenía salidas fuera del recinto. El fallecimiento de sus padres no pareció afectar a su estado de ánimo. Todos los días pasaba horas y horas circundando el mismo árbol del jardín, en cuyo alrededor, paso a paso, labró un pequeño sendero donde la hierba dejó de crecer.

Su discurso era disgregado e incoherente. No era posible mantener una conversación lógica con él. Tenía sintomatología psicótica productiva y la medicación antipsicótica, aunque le mantenía sedado, no consiguió reducir el núcleo delirante de su discurso. Tenía pensamiento mágico, delirios de perjuicio, de referencia y megalomaniacos. También se documentaron fenómenos de bloqueo y robo del pensamiento. Su medicación crónica era la siguiente: risperidona, 3 mg dos veces al día; lormetazepam, 2 mg en caso de insomnio; y metformina, 850 mg dos veces al día.

Con los años, desarrolló un manifiesto deterioro físico. Salvo las infinitas vueltas a su árbol preferido, no hacía otro tipo de ejercicio, fumaba continuamente y era ajeno al pre-