



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DOCTORADO EN PSICOLOGÍA Y EDUCACIÓN**

**“ESQUIZOFRENIA. DELIMITACIÓN CRÍTICA DEL
CONCEPTO Y SU RELACIÓN CON EL PSICOANÁLISIS”**

TESIS

**QUE COMO PARTE DE LOS REQUISITOS
PARA OBTENER EL GRADO DE:**

DOCTOR EN PSICOLOGÍA Y EDUCACIÓN

PRESENTA:

HUGO PEDROZA FALCÓN

DIRIGIDA POR:

DR. LUIS TAMAYO PÉREZ

SANTIAGO DE QUERÉTARO, QRO., NOVIEMBRE DE 2011.



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Psicología
Doctorado en Psicología y Educación

“ESQUIZOFRENIA. DELIMITACIÓN CRÍTICA DEL CONCEPTO Y SU RELACIÓN CON EL PSICOANÁLISIS”

TESIS

Que como parte de los requisitos para obtener el grado de

Doctor en Psicología y Educación

Presenta:

Hugo Pedroza Falcón

Dirigido por:

Dr. Luis Tamayo Pérez

SINODALES

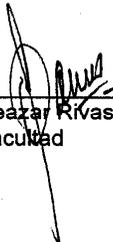
Dr. Luis Tamayo Pérez
Presidente

Dr. Marco Antonio Carrillo Pacheco
Secretario

Dra. María Cristina Ortega Martínez
Vocal

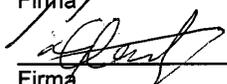
Dra. María Laura Sandoval Aboytes
Suplente

Dra. Marisela Alvarado Herrera
Suplente


M.D.H. Jaime Eleazar Rivas Medina
Director de la Facultad

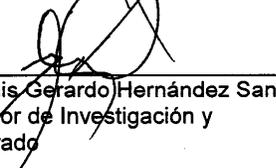

Firma


Firma


Firma


Firma


Firma


Dr. Luis Gerardo Hernández Sandoval
Director de Investigación y
Posgrado

Centro Universitario
Querétaro, Qro.
Noviembre 2011
México

DEDICATORIAS

A todas y cada una de las personas que con su diálogo y confianza, permitieron que me acercara al mundo de la nosología psiquiátrica y la anulación de sus personas como sujetos alejados del valor de su palabra, entre las paredes de la Unidad de Psiquiatría del Hospital Universitario de la Universidad Autónoma de Nuevo León, de la Casa de Salud Mental del Estado de Nuevo León y del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez de la Ciudad de México.

Especialmente agradezco las enseñanzas del Maestro en Matemáticas que vive con valentía y se da a todos los que le rodean con amor, después de más de diez años de un diagnóstico demoledor.

Dedico esta Tesis a mis hijos: Úrsula Ivette, Hugo Iván, Rodrigo Ignacio y Luis Jerónimo. Que ahora se ven en esta vida y en este país donde *“es muy fácil encontrar a un niño de la calle viviendo como animal. En mi ciudad (donde) es muy fácil observar como un niño de la calle se transforma en criminal”* (Hugo Iván Pedroza).

A mis hermanos y hermanas: Judith, Moisés, Librado (q.p.d.), Gema, Irma, Verónica, Edith, Miguel y Octavio.

A mi padre que apostó por la vida y es un ejemplo de inquebrantable voluntad.

A mi madre que desde el 16 de junio, de este año, me acompaña desde su nueva morada.

AGRADECIMIENTOS

A mi querido y apreciable Luis Tamayo, por su bondad, paciencia y dedicación durante todo este tiempo lleno de vicisitudes que acompañaron la construcción de este trabajo.

A Marco Carrillo por su amistad, siempre franco y solidario.

A Cristina Ortega por la paciencia y estoicismo con que ha decidido acompañarme en este tramo de mi existencia, con especial cariño y estimación.

A los compañeros de la 2ª. Generación del doctorado, que desde un inicio conocieron de la construcción de esta tesis, especialmente a Francisco Landa, Marisela Alvarado y Laura Sandoval.

A Jorge A. Lara Ovando, por el decidido apoyo que me brindó para realizar mis estudios de doctorado.

También agradezco a los compañeros que fueron mis profesores a lo largo de mi carrera y dejaron enseñanzas indelebles: Eduardo Urreta Vizcaya (q.p.d.), Andrés Velázquez, Adolfo Chacon, José Casas, Carlos Barraza y Beatriz Aguad.

RESUMEN

Esta tesis estudia, a través de un recorrido histórico el concepto de esquizofrenia y demuestra como en la actualidad, dicho concepto, ha perdido el valor de paradigma diagnóstico en los distintos campos clínicos. A través de la historia realizamos un recorrido del tratamiento de la locura y los diversos diagnósticos que se le han dado a la conducta desviada de los parámetros de normalidad.

Desde el siglo XIX se modifica los parámetros de diagnóstico y tratamiento que se les brinda a los pacientes con algún tipo de alteración emocional. En Francia los médicos Pinel y Esquirol proponen el tratamiento del alma mediante la conversación y la comprensión del enfermo.

Al final de ese siglo el médico alemán Eugene Bleuler sugiere nombrar una serie de síntomas clínicos como “esquizofrenia”, por su significado etimológico: del griego, *schiz* (σχίζειν): «división» o «escisión» y *phrenos* (φρεν-): «mente». El mismo E. Bleuler aclara que dicho término es un concepto que define parcialmente las pautas de comportamiento que presentan sus pacientes. Sin embargo esa advertencia en el campo de la medicina y la psiquiatría no se tomó en consideración y dio como consecuencia que la medicina, la psiquiatría y la psicología utilizaran el concepto “esquizofrenia” para diagnosticar diversas alteraciones de conducta.

A través del siglo XX se ha utilizado el diagnóstico de esquizofrenia de forma indiscriminada, las investigaciones se han enfocado principalmente a la elaboración de medicamentos que “alivien” los síntomas de la enfermedad. Esos medicamentos han derivado en trastornos severos de la salud, por sus efectos secundarios. La tesis demuestra como desde el inicio del uso de sustancias químicas para combatir la enfermedad de la “esquizofrenia” se ha abusado de ellas y han provocado que los pacientes presenten otros tipos de alteraciones de la conducta e incluso la muerte derivada de un irracional uso de esos medicamentos.

Estudiaremos el caso del poeta Jorge Cuesta, como un ejemplo del abuso del diagnóstico de esquizofrenia, los efectos de la medicalización y la anulación del individuo como sujeto que comunica su propia verdad sin ser atendido/escuchado.

(Palabras clave: esquizofrenia, psicosis, diagnóstico, psicoanálisis, síntoma, caso, locura).

SUMMARY

This thesis examines, the concept of schizophrenia through a historical tour and shows how today, this concept has lost the value of diagnostic paradigm in different clinical fields. We took a tour through the history of the treatment of insanity and the various diagnoses that have been given to the deviant behavior of the parameters of normality.

Since the nineteenth century the parameters of diagnosis and treatment given to patients with some type of emotional upset changed. In France physicians Pinel and Esquirol proposed treatment of the soul through conversation and understanding of the patient.

At the end of that century German physician Eugene Bleuler suggested naming a series of clinical symptoms such as "schizophrenia" because of its etymological meaning: from the Greek schizo (σχίζειν) "division" or "split" and phrenes (φρεν-) "mind. " The same E. Bleuler clarifies that the term is a concept that partially defines the behavior patterns of their patients. But that warning in the field of medicine and psychiatry was not taken into consideration and as a result medicine, psychiatry and psychology use the term "schizophrenia" to diagnose a variety of behavioral disturbances.

Throughout the twentieth century the diagnosis of schizophrenia has been used indiscriminately, research has focused primarily on the development of drugs that "relieve" the symptoms of the disease. These drugs have led to severe health disorders, due to their side effects. The thesis demonstrates how from the beginning of the use of chemicals to combat the disease of "schizophrenia" has been an abuse of them and have caused patients present other types of behavioral disturbances and even death resulting from an irrational use of these drugs.

We will study the case of the poet Jorge Cuesta, as an example of the abuse of schizophrenia diagnosis, the effects of medicalization and the nullification of the individual as subject that communicates his own truth without being attended /heard. (Keywords: schizophrenia, psychosis, diagnosis, psychoanalysis, symptoms, case, madness).

INDICE

	Página
DEDICATORIAS	I
AGRADECIMIENTOS	II
Resumen	III
Summary	IV
Indice	V
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I	7
1.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS	7
1.2 TRATAMIENTO DEL ALMA. PINEL y ESQUIROL	13
1.3 ORIGEN DEL VOCABLO ESQUIZOFRENIA Y SU CORRELACIÓN CON UN CASO CLÍNICO	19
1.3.1 CRITERIOS SINTOMÁTICOS PARA LOS CUALES SE APLICA EL VOCABLO <i>ESQUIZOFRENIA</i>	23
1.4 INDICIOS DE UN CONFLICTO PARADIGMÁTICO	26
1.4.1 SÉRIEUX Y CAPGRAS	26
CAPÍTULO II	34
2.1 SIGMUND FREUD Y EL DIAGNÓSTICO	34
2.1.1 LA APLICACIÓN DE LOS CONCEPTOS PSICOANALÍTICOS A MANERA DE DIAGNÓSTICO LLEVA A FALSAS CONCLUSIONES	39
2.2. EL VOCABLO ESQUIZOFRENIA: EDITADO, CORREGIDO Y CORROMPIDO	42
2.2.1 EL DSM IV R y el concepto de esquizofrenia	42
2.2.3 LAS ABERRACIONES EDITADAS Y AUMENTADAS DEL CIE 10	47
CAPÍTULO III	53
3.1 EL MITO Y EL CASO. VIDA Y OBRA DE JORGE CUESTA	53
3.1.1 SU PASO POR EL AMOR Y LAS LETRAS	56
3.2 UNA CARTA RECOBRADA Y RELEÍDA	59
3.3 LA PUESTA EN ACTO DEL DIAGNÓSTICO	62
3.3 CUESTA ARRIBA	64
3.3.1 CUESTA PUESTO EN LA ESCENA DE LA CUESTA ABAJO	65
3.3.1 CANTO A UN DIOS MINERAL	67
3.3.2 LAS HOSPITALIZACIONES, CUESTA ABAJO	74
3.4 DIVERSOS DIAGNÓSTICOS SOBRE EL CASO	75
3.5 COMENTARIO DE CUESTA ACERCA DE <i>VIEJA Y NUEVA MORAL SEXUAL</i> , DE BERTRAND RUSSEL	76
3.7 LA OBRA DE JORGE CUESTA PARALELA A SU VIDA PRIVADA	79
3.8 EL SILENCIO COMO RESPUESTA A LA LOCURA DE DOS	81
CAPÍTULO IV	84
4.1 PSICOANÁLISIS Y LOCURA	84
4.2 LOS SIGNIFICANTES QUE PROLIFERAN EN EL ENTORNO DEL DIAGNOSTICADO	87
CONCLUSIONES	89
APENDICE	97
Bibliografía	103

INTRODUCCIÓN

En el estudio de la locura sigue predominando hasta nuestros días el concepto de *esquizofrenia* para nombrar una gran variedad de conductas. Existe, asimismo, una enorme confusión en cuanto al tratamiento que se les recomienda a quienes son diagnosticados así. Además, el estigma que hunde al sujeto portador de ese diagnóstico hace que el entorno social lo rechace y relegue de la posibilidad de llevar una existencia digna. Hace un par de siglos todavía se hablaba de los “poseídos del demonio”, al referirse a aquellas personas para las cuales no existía una explicación de su comportamiento. Ahora se les da el extraño nombre de “esquizofrénicos”.

Esta problemática no tendría mayor importancia si no tuviese un efecto social. A la manera de los antiguos, a los nuevos “poseídos” se les sigue “apedreando” y expulsando de la sociedad simbólicamente: se les aísla e interna en centros de reclusión psiquiátrica. Los efectos de ese concepto no se circunscriben a esos ámbitos, son un denominador común tanto en el campo *psi* como en el de los legos.

Los estudio propios de este campo, la experiencia adquirida en cada caso, el *acontecimiento de la singularidad intramuros*, es decir, en el consultorio o el hospital psiquiátrico, y la confrontación con la realidad fuera de estos ámbitos, han provocado importantes giros en mis concepciones acerca del psicoanálisis. De esa experiencia he distinguido dos cosas: La noción de enfermedad mental no ha desaparecido, por el contrario ha sido sometida a los juegos del lenguaje y a los sistemas semióticos que nos envuelven y que hacen de los conceptos un aparato de control social. Depresión, psicosis, esquizofrenia, trastorno bipolar, atención dispersa, son sólo algunos ejemplos de cómo los sistemas semióticos han llevado el discurso “científico” o denotativo para legitimarse. (Lyotard, 2000:25).

En segundo lugar, la docencia, el psicoanálisis y la praxis clínica me permiten afirmar que lo que han logrado dichos controles no es cualquier cosa, pues al influir en mejores formas para codificar el acontecer humano, creando síndromes, estándares de afecciones mentales, lo que han conseguido es coagular en cuadros gnoseológicos la subjetivación de esos acontecimientos. Crear extensos catálogos que dan un nombre para cada uno de los actos humanos, clasificados por niveles de afección y modalidades de expresión de la enfermedad mental, no hace más que recordarnos que la modernidad ha transitado por un siglo de psiquiatrización y acaso se esté gestando, como ya algunos filósofos lo

auguran, el borramiento del sujeto social, de la singularidad y de la experiencia subjetivante.

A partir del siglo XX, principalmente después de los años 40, se incrementó el uso de las pruebas de diagnóstico clínico o proyectivas, lamentablemente pronto sucumbieron a la presión de esquemas altamente productivos y pragmáticos, distorsionando su uso y efecto. El resultado ha sido contradictorio: desde escuelas que basaron su éxito en el uso indiscriminado de test psicológicos, hasta aquellas que prohibieron su aplicación. Este antagonismo sólo ha conducido a frecuentes errores de diagnóstico y tratamiento que, al final, terminan por agredir al paciente y afectar cualquier estrategia enfocada a su cura. Ambos extremos suelen caracterizarse por ignorar al paciente como individuo con características y necesidades propias.

Por otra parte, considero que el psicoanálisis provee un acercamiento, una lectura, y una praxis distinta de las diferentes herramientas de diagnóstico. La propuesta de esta tesis es mostrar que los manuales de diagnóstico y los test psicológicos pueden ser sólo un indicio del todo que es el caso en sí. Aún entre quienes abordamos el psicoanálisis a través de la extensa obra de J. Lacan puede haber concordancias significativas. Para ello, realizaremos un recorrido histórico, que abarcará desde las diferentes conductas humanas que han sido catalogadas como alteraciones o desviaciones, hasta llegar al momento en el que surge la propuesta del vocablo *esquizofrenia*. En este apartado busco explayar mi necesidad de investigar los orígenes de un concepto que parece inofensivo y poco relevante para el psicoanálisis mismo, pero que por sus implicaciones sociales, sobre todo de la segunda mitad del siglo pasado a la fecha, ha adquirido una dimensión insospechada por su gran fuerza de penetración en los diferentes espacios de la clínica, cuando se aborda la preocupación por delinear características “deseables de personalidad”.

Para ubicar históricamente el concepto de esquizofrenia será obligada la referencia a la *Historia de la locura* de Michel Foucault, los hallazgos de la psiquiatría a fines del siglo XIX y principios del XX. Este último, fue para el psicoanálisis un siglo de descubrimientos en la práctica clínica, y resultó hasta nuestros días un proceso original de subjetivación en relación al campo del análisis, formas y modos de acercarse a la locura.

También nos vamos a referir, por su importancia, a autores que habían quedado en el

olvido en el campo de la medicina y la psiquiatría: Pinel hace una propuesta sobre el tratamiento del alma en los hospitales franceses a principios del siglo XIX; posteriormente Esquirol propone clasificar la locura en: erótica, razonante, incendiaria y/u homicida y monomanía; Kreapelin con la comprensión de las paranoias y el delirio de litigancia; a fines del siglo XIX y principios del XX, Sérieux y Capgras establecen una gnoseología de los delirios razonantes e interpretativos. Estos autores publican *Las locuras razonantes*, en Francia en 1909. En ese texto encontramos las primeras enseñanzas de la escucha y el efecto del lenguaje en el ejercicio de la clínica, que nos lleva a ubicarnos en otro espacio en relación con el sujeto mismo, su experiencia de subjetivación o la subjetivación de la experiencia a partir de ser fiel a sí mismo o a su propio deseo, contra el aparato social que establece qué es la locura y qué no lo es.

A principios del siglo XX, Jacques Lacan se apoya en la obra de Sérieux y Capgras, y reconoció sus aportaciones en el campo de la comprensión de la paranoia; en virtud de que proponen una forma diferente de acercarse a la locura.

También haremos un recorrido por los textos de Sigmund Freud, para reconocer los trayectos clave en la obra freudiana, a partir de los cuales dejó apuntalada la posibilidad de deslindar el ejercicio y escritura del psicoanálisis fuera de los terrenos del mundo *Psí*. Si bien fue un debate que sostuvo permanentemente a lo largo de su obra, Freud dejó como prueba de ello innumerables pasajes que posibilitaron a J. Lacan hacer un abordaje y despliegue más profundo de la obra freudiana.

Revisaremos la tesis de doctorado de Jacques Lacan: *De la psicosis paranoica en sus relaciones con la personalidad* publicada por primera vez en 1932 (1979), en ella establece la diferencia entre la psicosis y cualquiera otra anomalía de índole alucinatoria u orgánica. La tesis es la exposición de un caso que muestra la diferencia gnoseológica y su delimitación con otro tipo de afecciones mentales. En ella, presenta un extenso recorrido de los antecedentes históricos que explican las diferentes entidades mórbidas y la confusión que hasta esa época existía. Para delimitar su objeto de estudio (la paranoia) recurre principalmente a Kreapelin, que hace una distinción entre procesos psicogenéticos y procesos emocionales de origen. Y establece que las psicosis paranoicas afectan a toda la personalidad.

Si bien dicha tesis se publicó en 1932, fue muchos años después, en 1975, que Lacan hizo una apreciación, en una conferencia en la Universidad de Yale, EEUU. El nombre

con el que tituló su tesis no era del todo exacta, comentó que fue de su parte un acto ingenuo: "...la tesis *De la psicosis paranoica en sus relaciones con la personalidad* debería llamarse: *De la psicosis paranoica y la personalidad* o *La psicosis paranoica en la personalidad*", y agrega, "yo soy psicótico en tanto estoy aquí", en otras palabras, no hay personalidad no paranoica, no interpretante y no delirante. Lo que nos hace tropezar en la empresa de ser son las discordancias que nos impone la vida. (J. Lacan, 1975)

Cabría preguntarse, por qué a pesar de estos avances que J. Lacan logró plantear en la primera mitad del siglo pasado, los efectos de sus postulados apenas hace pocos años comenzaron a mostrar resonancia.

En este sentido, la posmodernidad en el campo de la psiquiatría y la psicología ¿Elimina la subjetivación de la experiencia y la realización del sujeto? ¿Acaso la psiquiatría hace del paciente diagnosticado un ser no hablante? ¿Dónde queda la escucha? Son preguntas que trataremos de desplegar en la tesis.

La creación de grandes y voluminosos manuales "psiquiátricos" de los acontecimientos humanos en materia de conductas (afectivas, mentales y neurológicas), hace las veces de depositarios mudos de la confusión semántica para dar origen a una nueva semiótica que controla el campo de intervención clínica en las instituciones de atención médica y de salud. Si nos preguntamos en esos campos de la clínica qué es la *esquizofrenia* y la *psicosis*, con gran sorpresa constataremos la confusión lingüística que torna y trastorna el sentido de los conceptos y con ellos la realidad misma y sus nociones, lo que se comparte como sentido común, o como diría Wittgenstein (1936) "los juegos del lenguaje".

El control imperceptible de los usos del lenguaje (Wittgenstein, 1936) al referirse al campo de las enfermedades mentales, se ejerce desde los nuevos nichos de mercado de las grandes empresas farmacéuticas y los inversionistas de centros de "rehabilitación mental", hasta los pequeños consultorios de psiquiatras, neurólogos, psicólogos de diferentes corrientes *psi*. Pareciera que es necesario mantener ofertadas, asequibles como mercancías, la gran variedad de fármacos que eliminen las "afecciones mentales", para que en el transcurrir de los tiempos posmodernos el individuo, lejos de significar y subjetivar sus vivencias y apropiarse de sí, aprehenderse, hacerse escuchar y verse a sí mismo, sea conducido eficientemente al lugar del mejor consumidor y demandante de los paliativos ortopédicos del "yo" que la farmacología ofrece.

El mercado, la publicidad, las tecnologías virtuales también "ofertan" paliativos y nuevas versiones de reacomodo subjetivo para las personas que pudieran estar experimentando alguna sensación extraña, que incomoda, aqueja, duele o angustia como: soledad, desesperación, intranquilidad, inconformidad, rebeldía, insatisfacción, etc. Estas formas de reacomodo se ofrecen a manera de facilitadores, por referirme a su naturaleza material de mercancía. Otorgan al sujeto una nueva opción de identidad; son como etiquetas autoadheribles: "soy bipolar", "es hiperactivo", "pasé por una depresión", "mi hijo tiene el síndrome de trastorno de atención dispersa", etc.

Estos son algunos de los enunciados que se escuchan a menudo cuando se presentan a solicitar consulta; ya vienen con un prediagnóstico, muchas de las veces autodirigido, sacado de los diferentes medios: Internet, televisión, *reality shows*, artículos de revistas no especializadas, o comerciales que atrapan a las personas ofreciendo diagnósticos exprés. Otras veces, se escucha entre las conversaciones coloquiales como la gente se auto diagnostica tratando de identificar con un nombre lo que les aqueja a ellos o a sus allegados. Esta problemática palpable, casi cotidiana, ya no sólo está presente en el campo de la medicina, sino que forma parte de un discurso colectivo en el que las palabras parece que ya no asustan, ahora hacen falta, no importa su significancia, lo imprescindible es portarlas, hacerse de uno de esos nombres, etiquetarse... es "*cool*". ¿Esto es parte de una moda? pero las modas, en todo caso, son una expresión de movimientos colectivos que tiene sus implicaciones en la concepción del mundo que las personas comparten, son parte de la conformación subjetiva de los seres sociales.

Se ha hecho referencia a la casi urgente necesidad de la comprensión del mundo contemporáneo y la vigencia de un ejercicio con las características propias y singulares de quienes practicamos el psicoanálisis. Sensibilizado este campo o línea de pensamiento, lo que sigue es interrogarse sobre la forma en que se entrelazan frases, realidades y discursos para dar cuenta de una propuesta de transformación subjetiva real, deslindarse de prácticas pseudo psicoanalíticas que actúan más del lado del mercado y del campo *Psí*.

Producto de esas interrogantes se pretende conformar una propuesta que esclarezca la importancia de la reflexión, el estudio y la generación de nuevos discursos que hagan resistencia sobre este avasallante avance del mercado. La apuesta es que se produzca, desde el psicoanálisis, una alternativa de nuestra época para la transformación del hombre.

Considero que vivimos momentos en los que no se pueden postergar ciertas reflexiones que deberán contribuir a delinear el ejercicio de la clínica, porque los tiempos solicitan demanda de ser leídos y atendidos, a través de los casos clínicos que se nos presentan, por medio de los signos que se hacen ver y escuchar en los diferentes ámbitos de nuestro entorno social.

Ya estábamos advertidos por Freud, Lacan, Allouch y algunos filósofos como Nietzsche, Spinoza, Foucault, Deleuze, entre otros, de los vertiginosos cambios que se avecinaban en la subjetividad del ser contemporáneo, otros lo refieren como las subjetividades posmodernas. Existen coincidencias, encuentros, correlatos entre sus postulados, y lo más sorprendente, me veo preocupado en esta urgencia de allanar el camino por el lado que toca a mi propia experiencia dentro del prisma de la clínica y el diagnóstico.

Mi contribución, espero, será la de mostrar cómo algunos dispositivos que han sido instaurados por el aparato de salud mental, pudieran haber contribuido a la conformación de una práctica clínica alejada del sujeto, para dar paso a “etiquetas de diagnóstico” que sólo atienden síntomas y no personas.

Si bien el tema central de la tesis no es la presentación exhaustiva de casos clínicos, la exposición de éstos es imprescindible, sobre todo de aquellos en los que se tiene viva muestra del tratamiento y final psiquiatrizado, que por desgracia deja marcados y trastoca las vidas de quienes padecen este confinamiento.

Siguiendo con la tradición freudiana y lacaniana de trabajar casos clínicos en sus reflexiones y constructos conceptuales, me interesa hacer alusión a dos figuras del arte, que fueron grandes olvidados en la institución psiquiátrica.

El caso que me gustaría retomar por su importancia social es el de Jorge Cuesta, en el que encontramos elementos que nos permiten establecerlo como un caso de psiquiatrización, Cuesta no sólo fue señalado bajo el diagnóstico esquizofrenia, sino que murió atrapado entre los muros de un asilo mental.

CAPÍTULO I

1.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Desde tiempos prehistóricos hay indicios de la demencia de los hombres y su interés por combatirla mediante diversas prácticas, por ejemplo: cisuras, trepanación de cráneos practicadas con sílex o bronce, extirpación de los huesos del parietal o del frontal que servían para conjurar la mala suerte y el desvarío.

La calificación de la conducta del hombre, según sus relaciones con los dioses, puede ser encontrada en los más antiguos documentos, como los Códigos de Hammurabi o algunos textos bíblicos. Ha sido tarea de toda religión, someter a juicio el comportamiento de sus fieles.

Un ejemplo de ello se encuentra en el relato del Génesis (3:7 ss.) que indica que, primero Dios puso al hombre en el paraíso, pero como éste se encontraba solo, entonces decidió crear a la mujer y a ambos les prohibió comer el fruto del árbol del conocimiento y la ciencia; sin embargo, la mujer desobedeció la orden e indujo a Adán a comer de aquel fruto. Esta primera desobediencia del mandato divino produce una ruptura en la alianza entre Dios y el hombre, y por consecuencia un castigo: la expulsión del paraíso y la condena de ambos.

Desde los comienzos de la humanidad se han establecido actos correctos e incorrectos, comportamientos que son aceptados o rechazados. A lo largo de la historia, en diversas religiones y culturas, encontramos relatos en los que la naturaleza humana es una combinación de rasgos buenos y malos, que dependen del libre albedrío. El hombre realiza actos que pueden ser castigados o premiados por sus dioses o la sociedad que le rodea. Por ejemplo: en el libro del Génesis (6:5), Dios provocará un diluvio que castigará y diezmará la población en la tierra, por su mal comportamiento, Yahvé le pide a Noé que construya un arca que permita la preservación de las diferentes especies que pueblan la tierra, incluyendo a las personas que se han portado bien; aquí se muestra el castigo recibido por el mal comportamiento del hombre a través de una calamidad natural.

Es alrededor de ese pasaje que queda establecido algo que Freud llamará, 4500 años después, la sexualidad del infante como "perversa polimorfa" (Génesis 6:5, ss.). En el propio texto bíblico encontramos que, una vez que las aguas han bajado y Noé retorna con su valiosa carga a tierra, hace ofrendas a Yahvé, y éste "dijo en su corazón: «Nunca

más volveré a maldecir el suelo por causa del hombre, porque las trazas del corazón humano son malas desde su niñez...»", (Génesis 8:21) En el contexto de ese relato el corazón es lo interior del hombre, centro de la conciencia religiosa, de la vida moral y sus desviaciones.

Desde los tiempos más antiguos, se hace referencia a la insania o demencia, la que en algunas culturas era atribuida a fenómenos religiosos; se creía que quien caía en aquel estado era a consecuencia de ser malvado, él o sus antecesores, y ahora pagaba por aquellos pecados cometidos, es decir, la insania era el resultado del pecado, retomando nuevamente la idea del castigo impuesto por un dios, hacia la mala conducta del hombre.

Entre los judíos se sabía que Saúl era agitado por un "espíritu malo", se sentía muy triste, y David, su yerno, le tocaba el arpa hasta que Saúl sentía alivio. También varios profetas del Antiguo Testamento, como: Jeremías, Ezequiel, e Isaías, presentaban episodios de conducta extraña, que los inquietaban a ellos y a los que les rodeaban. Para los antiguos hebreos la locura era un castigo de Dios. En el libro del Deuteronomio el profeta dice: "Yahvé te herirá de delirio, la ceguera y pérdida de los sentidos" (Deut. 28:28); también en el libro de Samuel 18:10, relata que "Al día siguiente se apoderó de Saúl un espíritu malo de Dios y deliraba en medio de la casa; David tocaba como otras veces...", su yerno le tocaba el arpa para alejar el espíritu que lo poseía.

En el mundo árabe alrededor del siglo IV, los seguidores de Mahoma buscarán curar su alma y su cuerpo. Se dice que Mahoma tuvo su primera revelación o visión a causa de un ataque de epilepsia. (Ristic, 1973:11). Los encantamientos, maleficios, amuletos, las ofrendas a los dioses eran intentos de éste por aliviar sus locuras incomprendidas. En la antigua Mesopotamia el enfermo mental podía ser considerado profeta de los dioses, o declarado poseso o terrible hechicero. En el Corán IV, versículo 4 dice:

"No confiar a los ineptos los bienes que Dios ha confiado, pero encargaros vosotros mismos de ellos, alimentarles y vestirles y hablarles siempre con un lenguaje dulce y honesto". (Ristic, 1973:36).

En Mesopotamia, Asiria y la antigua Grecia, la idea de insania o el ser tomado por la locura tenía una relación directa con las divinidades, ya fuera como castigo o como comunión con los dioses. En Babilonia era considerada como un estado de trance religioso y se les tomaba como profetas, eran tratados con veneración y se les alojaba en los mejores palacios:

Considerados como seres amados por Dios y conocedores de la verdad, recomendados por el profeta a su pueblo, los alienados gozaban de absoluta libertad para ir y venir o deambular entre los bazares. Su palabra era señal del espíritu divino que en ellos habitaba, el suicidio les era permitido por el favor de Alá, que les evitaría pasar por el juicio final, (Ristich, 1973:37).

En cambio, en el judaísmo y el cristianismo consideraban la locura como un estado de pecado. El evangelio de Mateo (8:28 y ss) relata cómo los demonios que se habían posesionado de dos hombres fueron expulsados por Jesús, y arrojados a los puercos.

En la mitología griega, encontramos una actividad llamada “Teatro de los Dioses Locos”, en donde se representaba a dioses griegos que tenían contacto con el *hombre razón*; debido a esa comunicación se les llamaba *locos*, esos dioses eran concebidos como divinos, pero también como humanos. Entre sus personajes se encontraban *Las Furias*, que representaban a la locura asesina, surgían de las relaciones entre personas vinculadas por algunas promesas incumplidas, por parentesco o contacto directo. Otro personaje era Dionisio, quien veía e inventaba cosas, pero al mismo tiempo era real; conectaba la violencia del interior con la violencia del exterior (Ristich, 1973:10).

En la antigua Grecia se inventa a Asclepios (Esculapio para los romanos), quien cura a los locos que le dan adoración en su templo; Galeno, en el siglo II, considera que los templos de Esculapio eran una prueba de que muchas enfermedades graves podían curarse con un choque de tipo moral (Ristich, 1973:13).

En el Egipto faraónico, para expulsar al diablo del cuerpo de los niños enfermos tuvo gran aceptación durante muchos años la siguiente fórmula:

Vete, tu que vienes de las tinieblas, con la nariz hacia atrás y los ojos al revés. No sabemos por qué has venido. ¿Vienes a apoderarte de este niño? No te lo permitiremos. ¿Has venido para aletargarle? Yo no te dejaré que le hagas daño. ¿Has venido para llevártelo? No permitiré que te lo lleves [...] hice un talismán, dulce para los hombres y malo para los muertos (Ristich, 1973:8)

En la mitología griega, Homero inventa a Asclepio (o Esculapio), hijo de Apolo que cura las enfermedades en aquellos templos donde se le adora. Y los “locos” dormían junto con los otros enfermos cerca del santuario. (Ristich, 1973:10)

Mientras en los templos de Esculapio se enseñaba a curarse mediante algunos principios higiénicos y terapéutica religiosa, en el apogeo de la civilización, Hipócrates, descendiente de los Asclepiones, produce una escisión entre la religión, la filosofía y la medicina, ya que consideraba que la epilepsia no era un mal sagrado ni divino, sino que era la

consecuencia de un afección natural como muchas otras, más aún: afirmaba que atribuirle un origen divino a una enfermedad no servía más que para enmascarar la impotencia de no poder curarla o tratarla; en caso de sanar la gloria sería para los hombres, y de no ser así, la muerte y el fracaso se achacarían a los dioses. Preocupado más por el pronóstico que por el diagnóstico de la enfermedad, establece que la manía y la melancolía encerraban casi todos los cuadros clínicos sin fiebre, ésta aparece sólo en casos de frenesí (Ristich, 1973:14).

Hipócrates también describe casos de “delirium tremens”, fobias, locuras puerperales y una curiosa forma de manía que sólo atacaba a los escitas y patricios que pasaban mucho tiempo montados a caballo; quedaban impotentes por su excesiva práctica, creían haberse vuelto mujeres y se dedicaba a las labores del hogar (Ristich, 1973:15).

Otro autor que distinguió los estados de locura sin fiebre y subrayó la diferencia entre la ilusión, la visión deformada de objetos existentes y la alucinación fue Asclepiado, quien sostenía que las ilusiones y las alucinaciones sólo existían en el espíritu de la persona que los padecía. Producto de sus observaciones, Asclepiado proponía asistir a los enfermos buscando su mejor bienestar físico, invento una cama suspendida que serenaba a los pacientes acunándoles. (Ristich, 1973:22).

Por otra parte, Celso empleaba la palabra “insania” por manía o locura y la distinguía de “frenesí”, que era acompañado siempre de fiebre. Igualmente incluía el delirio alucinatorio (triste, alegre, general o parcial). Más tarde en Roma, alrededor del siglo II, Celio Aureliano declara a la locura como enfermedad física y a las pasiones enfermedades del alma. En las postrimerías del imperio romano, Galeno, al cobijo de los últimos emperadores, hace una compilación de todo lo que hasta entonces se conocía en el campo de la medicina, sin embargo influido por las teorías teológicas, propone que existen tres almas: física, vegetativa y animal (Ristich, 1973:23).

Llama la atención que en el siglo II d.C. Celio haga una distinción entre la locura como enfermedad física y la alteración de las pasiones como enfermedad del alma. El delirio maniaco y el frenesí dependían del cerebro, pero la melancolía confundida con la hipocondría procedía del estómago (Ristich, 1973:26). En la actualidad la psiquiatría sigue considerando la locura como enfermedad física y las pasiones enfermedad del alma.

Los seguidores de Hipócrates (siglo IV a. C) sintetizaron todas las concepciones que había sobre la conducta humana para llegar a la “Teoría de los Humores”, en la cual se

establece lo siguiente: el ser humano contiene en su organismo varias sustancias, entre las cuales están la bilis negra y amarilla, la sangre y la flema; se estableció que estos humores estaban relacionados con las distintas estaciones del año de la siguiente manera:

Primavera; predominio de la sangre (caliente y húmeda),

Verano; predominio de la bilis amarilla (cálido y seco, provocaba delirios feroces.

Otoño; predominio de la bilis negra (frío y seco)

Invierno; predominio de la flema (fría y húmeda) (Ristich, 1973:28)

Por otra parte, la histeria era el resultado de un útero caprichoso parecido a un pequeño animal retozón, afección propia de viudas y mujeres jóvenes cuyo mejor remedio sería el matrimonio. Aunque muy lejos de Freud, Hipócrates entrevió el aspecto sexual de la histeria. (Ristich, 1973:15)

De acuerdo a esta “Teoría de los Humores” la enfermedad mental era atribuida a la presencia de bilis negra en el organismo, se creía que esta sustancia contaminaba la sangre, que era poseedora de la inteligencia; la invasión de esta bilis negra en la sangre producía delirios en el sujeto y lo impulsaba a hacer cosas malas, a cometer locuras (Ristich, 1973:29).

Mientras todo eso ocurría en Occidente, en el Oriente Próximo, en Bagdad se traducían a los sabios de la Grecia antigua al arameo, hebreo y persa. En Cesárea de Cappadoce, en el año 368 d. C., los árabes fundan hospitales para ofrecer a los pobres, vagabundos y extranjeros una posibilidad de ayuda; Harets, el primer médico árabe, inculca a Mahoma las nociones de higiene (*Corán* IV, versículo 4); diez siglos después, en 1471, se ofrecen los mejores y más cómodos hospitales, con músicos y cantores. Había en Damasco muchas personas que se hacían pasar por enfermos para ser hospitalizadas. Para Mahoma, los enfermos y alienados eran seres amados por Dios, su palabra se acogía como señal del espíritu divino que en ellos habitaba, conocedores de la verdad y gozaban de completa libertad. Si decidían suicidarse y lo lograban eran considerados como favorecidos por Alá (Ristich, 1973:34).

Paradójicamente los árabes fueron depositarios y conservadores de las tradiciones del saber grecolatino, en Bagdad la dinastía de los Baktichhou fue la responsable de la salud de los califas (Ristich, 1973:41).

En el año de 1258 la edad de oro había pasado para el mundo árabe, y la ciudad de Bagdad fue arrasada por los mongoles (Ristich, 1973:43). En esa misma época los cristianos dominaron gran parte de Europa, y se produjo una mezcla con las creencias míticas tradicionales de cada región; consideraban que el bautismo o mojarse con agua bendita podía curar los malos espíritus y para cada mal había un santo: “San Avertín, el vértigo; San Cado, las caídas; San Leonardo, la epilepsia; San Valentín curaba a los que sufrían convulsiones” ((Ristich, 1973:50).

Sin duda, todas esas figuraciones estaban impregnadas de creencias mágicas y supercherías, derivadas de la combinación de creencias autóctonas y el cristianismo impuesto por los conquistadores, desde Roma hasta Irlanda, pasando por Alemania, Francia, y otros países. En la Edad Media las autoridades eclesiales tomaron serias represalias contra brujos y apóstatas, y todos aquellos que practicaban creencias alejadas del cristianismo, acusados de posesión diabólica, eran quemados en leña verde. En Colonia se quemaban trescientas personas al año, en Lyon doscientas. En agosto de 1233 Gregorio IX crea la Santa Inquisición. Hacia 1450 toda Europa se encuentra en medio de un delirio colectivo, donde cualquier conducta, juicio o aspecto físico podría ser interpretado como producto del demonio y de la magia negra (Ristich, 1973:59).

En Salzburgo, Colonia, Treves y Mayenza había espíritus malignos masculinos y femeninos, íncubos y súcubos respectivamente, se asociaban a individuos que habían vendido su alma a Satán; la demonolatría se extendió a pesar de los esfuerzos por erradicarla, en 1484, del papa Inocencio VIII. Durante los cinco años siguientes perecieron en las llamas alrededor de cien personas, hombres y mujeres, cada año (Ristich, 1973:60).

España, el país más islamizado de Europa, procura un trato diferente para los enfermos mentales y crea hospitales ex profeso para atenderlos, se les ofrece trabajo en el campo y algunas distracciones. El rey Felipe II los acepta en el hospital de la ciudad de Madrid. En 1539 se crea el hospital de San Juan de Dios, y su modelo trasciende a América; sobrevive hasta nuestros días con ese mismo nombre en la ciudad de Guadalajara, Jalisco. A cargo de diferentes órdenes religiosas se crean diversos hospitales para dar asilo a enfermos, vagabundos y pobres: La Orden de la Merced, la Orden de San Juan de Dios, los Hermanos de la Caridad, la Orden de San Francisco, los Penitentes Negros de la Misericordia, etc. En todos esos hospitales era más importante el cuidado del alma que el cuidado médico (Ristich, 1973:63).

En Londres, Simón Fitzmary donó sus tierras y sus casas a la Orden de Belén para la edificación de un hospital, se le conoció como Bedlam, sinónimo de manicomio y locos, su decadencia fue marcada por una sórdida reputación y rechazo ante la fama de muy malos tratos a los que vivían en él (Ristich, 1973:64).

En el año de 1576 surge una práctica original en los ríos de Renania y Brabante, ahí embarcaban a los locos y los llevaban indistintamente hacia donde amarrasen las naves. Existe el antecedente en 1399, en Frankfurt, donde un enfermo que se paseaba desnudo por la calle fue embarcado y llevado lejos de la ciudad (Foucault, 1972:22). Esta práctica da origen a lo que se llamaría “*la nave de los locos*”, que consistía en alejar de sus lugares de origen a los dementes y llevarlos allende el mar, con la esperanza de que no regresaran.

1.2 TRATAMIENTO DEL ALMA: PINEL y ESQUIROL

El contexto histórico del campo conceptual del delirio y su pasaje a la psiquiatría clásica lo inaugura Philippe Pinel con una propuesta de tratamiento más humanitaria de los alienados, que hasta ese entonces, finales del siglo XVIII y principios del XIX, eran tratados con “dureza y barbarie, aislamiento y hacinamiento, víctimas de la ciega y brutal ignorancia” (Pinel, 1804).

Philippe Pinel, miembro del Instituto Nacional de Francia, publica el *Tratado médico-filosófico de la enajenación del alma o manía*, en 1804. En él denuncia los falsos caminos que ha tomado la medicina con los métodos severos que distingue a los ramos de la historia natural, y propone el método de la observación como base para el entendimiento humano.

A la misantropía y suma desconfianza que caracteriza el trato con los locos, Pinel propone “tratarlos aparentando candor, una sencillez extrema, y modales afectuosos.” (Pinel 1804:6) Para ello debe partirse del supuesto de que “en la mayor parte de los casos no hay lesión orgánica del cerebro, ni del cráneo.” (Pinel 1804:54).

Pinel no buscaba en sus “locos” un diagnóstico, sino un mejor trato y cuidados que con el tiempo les ayudaran a mejorar. Así mismo se proponía como ejemplo de control de las pasiones, lo cuál podría ayudarles a superar su manía. Durante el tiempo que estuvo a cargo del Hospital de Bicêtre, realizó anotaciones que dan puntual cuenta de sus observaciones, por ejemplo: pudo constatar que cuando llegaban los cambios de clima se

exacerbaban los ataques de “manía” (paroxística) y episodios violentos, y que cada uno de los enfermos reaccionaba a esos episodios con distinta durabilidad, hasta la desaparición de la enfermedad “Algunos experimentaban cierta revolución interna y espontánea..., recobrando el uso de su razón” (Pinel 1804, p. 93), o por el contrario algunos de ellos morían por efecto del ataque paroxístico.

Pinel no pretendía la curación de todos sus enfermos, ya que es muy difícil que “concurra todo a favorecer la curación de los locos”; Pinel considera que en esto influyen multiplicidad de causas y circunstancias. Habría que dejar en claro que en ese hospital se encerraba a todo tipo de personas, enfermos de toda clase, delincuentes, multihomicidas, etc., lo cual dificultaba cualquier intervención sistematizada, muchos terminaban recluidos en jaulas y aislados unos de otros para evitar que se hicieran daño entre sí. Pinel consideraba que el uso de la fuerza era terapéutico, veamos un caso en el apartado VII del mismo tratado, escrito en castellano a comienzos del siglo XIX:

“Efectos útiles de sujetar a los locos con rigor”

A un militar que aun estaba algo loco después de haber sido curado según el método que se seguía en el hospital general. Le dominó de repente la idea exclusiva de marcharse del ejército, y después de haber usado con él, aunque en vano de todos los medios de dulzura, se acudió a la fuerza para hacerle entrar una noche en su jaula, durante la cuál lo despedazo todo, y se puso tan furioso, que se hubo de echar mano de los cordeles más fuertes para sujetarle. De este modo se le dejó, para que en los días siguientes desfogase su impetuosidad, los cuales pasó en unos arrebatos extremados, y siempre dando voces furiosas, respondiendo al conserje del hospicio mil desvergüenzas, y afectando no conocer su autoridad. Se pasaron ocho días en este violento estado, y al fin parece que conoció que no era dueño de seguir sus caprichos. Una mañana, que el conserje hacía la requisa le habló con sumisión, y besándole la mano le dixo: “tu me has prometido que como me estuviese quieto, me dejarías andar por dentro del hospicio, pues mira ya lo estoy, cúpleme tu palabra”. El otro le manifestó, con una sonrisa, qual era su gozo al verle en su sano juicio, le hablo con dulzura, y al instante dexo de usar con él de rigor, que en adelante hubiera sido superfluo, y aun también perjudicial; con haber vivido siete meses en el hospicio este militar recobró el uso de su razón, y volvió al seno de su familia y a defender la patria, sin haber tenido después ninguna recaída (Pinel 1804:116).

Un tratamiento adecuado era casi imposible ante la gran diversidad de casos, si bien recomendaba el tratamiento moral, era imperativo el uso de la sugestión y la fuerza física; en una nota anexa al principio de la sección segunda del texto mencionado, relata cómo el célebre médico latino Celio Aureliano recomendaba para dominar a los “locos”, la participación de un sujeto que pudiese inspirar respeto y temor.

Tanto el tratamiento moral, como el uso de la fuerza no fueron suficientes para Pinel, debido a las insalubres condiciones de hacinamiento del hospital de Bicêtre. En la búsqueda de tratamientos que curasen de manera definitiva, Pinel recrea algunas escenas ayudado por los mismos internos del hospicio, con el fin de hacer cambiar de opinión a algunos de ellos, o modificar sustancialmente su delirio, cita como ejemplo de ese método terapéutico el caso de un relojero de la ciudad de Paris, que es internado bajo los cuidados de médico. El relojero creía tener una cabeza que no era la suya, sino la de un reo ejecutado en el patíbulo. Entonces Pinel monta una escena dónde uno de los internos será quién simule llevar su propia cabeza en la mano a la manera de San Dionisio, y la besaba; entonces el relojero cree que efectivamente es así.

El simulador y los demás internos se burlan de él y le dicen que eso no puede, ser posible de ningún modo. Pinel cuenta que eso bastó para que renunciara a su delirio de ser el portador de una cabeza ajena y da cuenta de que: “Volvió al seno de su familia, y hace cinco años que ejerce su profesión sin que haya recaído.” (Pinel 1804, p. 129).

El texto de Pinel referido apoya la hipótesis principal de nuestro trabajo, es decir que se trata de una falsa premisa el carácter orgánico y la incurabilidad de la esquizofrenia. Pinel, quizá con otras palabras y limitado por su época, sostiene las mismas hipótesis, sólo que él le llamaría a esas conductas "manía accidental" derivada de una lesión de las facultades morales (Pinel 1804:158), a lo que ahora frecuentemente se le ha dado el nombre equivoco de "esquizofrenia". Podemos constatar esto en su *Tratado*, cuando afirma:

¿Qué variedades no debe producir la edad, la constitución, la costumbre, la complicación de la manía con otras enfermedades, el grado de lesión de las facultades morales?

Pero en el mayor número de casos, con especialidad en lo que la manía accidental depende de fuertes pesadumbres, nos manifiesta cada día la experiencia los felices efectos que se logran por medio de expresiones consolatorias, y por el prudente artificio de dar buenas esperanzas a los locos, y granjearse su estimación. (Pinel 1804:158).

Pinel va a diferenciar la manía accidental como aquella locura que aparece en un momento determinado y desaparece con el tratamiento moral por el espíritu, esto es interesándose en el paciente y tratándole con humanidad. Hace doscientos años Pinel se preguntaba “¿consiste la manía en una lesión orgánica del cerebro?” (Pinel 1804:169) ahora con la perspectiva que nos dan cien años de psiquiatría y otros tantos de la medicina moderna, no podemos menos que asombrarnos ante la miopía de los que dicen

tratar a los “locos” comenzando por un “buen diagnóstico” de esquizofrenia. Junto con Pinel podemos afirmar que, hasta la fecha, “ha sido opinión general y muy conforme a la naturaleza, que la enajenación del alma consista en una alteración o lesión de una parte cualquiera de la cabeza, y enseguida se han valido algunos para autorizar tal opinión, diseccionando cráneos en búsqueda de la lesión que provoca la locura”; por supuesto, “el resultado de muchas disecciones demostraron que no había ninguna lesión orgánica” (Pinel 1804:170). Ahora se recurre a la tecnología química para desentrañar la subjetividad del individuo y su locura.

Pinel discurre que de esta falsa creencia médica surgió la idea de incurabilidad de los locos, contra la evidencia que mostraba lo contrario, como bien lo reseña a lo largo del tratado por él expuesto. Durante diez años de investigaciones en Bicêtre logró establecer varias conclusiones, la mayoría de los internos afectados por la “manía accidental”, llegaba a ese lugar entre los 25 y 35 años de edad; (Pinel 1804:173) la causa principal de sus afecciones fue “la violencia pasional, ambición exaltada y frustrada, devoción supersticiosa, profundas pesadumbres domésticas o un amor desgraciado.” (Pinel 1804:174).

Por su parte, J. Étienne Dominique Esquirol, quien fue alumno de Pinel, escribe en 1805 la tesis llamada *Las pasiones consideradas como causas, síntomas y medios curativos de la alienación mental*. Es un tratado sobre la monomanía y sus cuatro grandes clasificaciones: erótica, razonante, incendiaria y homicida. Establece una clara diferenciación entre alucinaciones e ilusiones, así como un paralelismo entre locura y pasión. Esquirol reconoce en su tratado una influencia decisiva de Philippe Pinel: “De todas las obras que su publicaron, en Francia, sobre el delirio ninguna obtuvo mejor reconocimiento que el tratado de la alienación mental del profesor Pinel...desde su publicación, la suerte de los alienados se mejoró infinitamente.” (Esquirol 1805:1)

Esquirol establece que las causas del alienado obedecen en su mayoría, a causas morales. Considera que el origen y el desarrollo de las pasiones tienen un efecto sobre el organismo y serán la causa más frecuente de trastorno de las facultades intelectuales, “resumiendo el cuadro general de los alienados confiados a mi cuidado, encuentro muy superior el número de causas morales a las de las físicas.” (Esquirol, 1805:4)

El nombre de cada cuadro pasional lo determinará la temática de su trastorno moral, según las conductas que presenta cada alienado; según sean maniacos furiosos, maniacos eróticos, maniacos orgullosos, maniacos melancólicos.

El maniaco furioso o delirio furioso: semblante encendido, fisonomía convulsiva, ojos rojos centelleantes, palabras humillantes e intensas, nadie, ni sus seres queridos logran controlarlo, por el contrario se irrita y su cólera aumenta. Sólo ante la imponente fuerza puede sucumbir o ceder su furia (Esquirol, 1805:19)

La manía erótica: las palabras amor, traición, celos, bienestar, expresiones eróticas, de alegría, amorosas, provoca a todos a quienes se aproxima, o los toma por amantes, o seductores, adelgaza y se consume, suspiros profundos, la oposición a sus deseos los hace más enérgicos. En fin, todas las actitudes que bien podrían definir a la ninfomanía. (Esquirol, 1805:6)

La manía orgullosa: se caracteriza por la pasión de grandeza, todo lo que se opone a él lo considera injusto o irracional, sólo el que le adula y le brinda sumisión es digno de su trato. Cualquier cosa que haga bien es para llamar la atención y sentirse orgulloso, se cree privilegiado de altos destinos. Se irrita y se vuelve furioso si alguien le contradice o se le resiste.

La (alienación) manía melancólica: se caracteriza por la tristeza, ojos hundidos, abatidos, mirada desconfiada, movimientos lentos, suelen permanecer en silencio por periodos prolongados, se ocupan de sus infortunios verdaderos o imaginarios. "Las pasiones suponen siempre un esfuerzo de parte de quienes ellas agitan, ya sea que rechacen o atraigan..." (Esquirol, 1805:7)

Para Esquirol los movimientos fisiológicos caracterizaban el tipo de pasión y proponía, además, que para reconocer los rasgos fisonómicos de los alienados habría que conservar las características de la fisonomía durante el ataque pasional, dibujar la cabeza y compararla con aquellas pintadas por los grandes maestros. Con los resultados de esos hallazgos podrían llegar a implementar medios preventivos y curativos (Esquirol, 1805:8). Su intención fue hallar nuevos caminos para prevenir y curar las pasiones, sin embargo esta propuesta no fue seguida por nadie. La pregunta que se hace Esquirol es si la herencia produce una predisposición primitiva, a lo que se adelanta a afirmar que la alienación es generalmente espontánea y accidental.

Las observaciones que Esquirol reporta en el texto mencionado, nos hacen ver que la mayoría de los pacientes “alienados”, son susceptibles de ser curados, con un tratamiento que privilegie el aspecto humanitario, sin embargo, en la mayoría de los casos, tal como lo documenta M. Foucault , la principal medida terapéutica era la fuerza física (Foucault, 2005:145). Veamos el siguiente ejemplo que nos da Esquirol:

Un furioso rompe, quiebra todo. Golpea a su doméstico y se encierra en su cuarto, que pretende demoler. Envío varios domésticos alrededor de su recámara, para hacer el ruido y las amenazas más grandes, en caso de necesidad de forzar la puerta. Mi enfermo se burla de las palabras de ellos. Hago derribar la puerta. Los domésticos entran en masa. El furioso se tira de rodillas, les pide perdón, y promete estar tranquilo, mantiene la palabra. (Esquirol 1805:21)

1.3 ORIGEN DEL VOCABLO ESQUIZOFRENIA Y SU CORRELACIÓN CON UN CASO CLÍNICO

Para nuestros pacientes el símbolo se transforma rápidamente en realidad,... la emotividad determina rápidamente la transformación de los conceptos.

E. Bleuler

Philippe Pinel en el siglo XIX clasificó cinco enfermedades mentales: fiebres, flegmasías, hemorragias, neurosis y enfermedades causadas por lesiones orgánicas. El primer intento de separar el tratamiento de los alienados del campo de la medicina se debe a él. También se le atribuyen las primeras psicoterapias individuales; consiguió que en los hospitales donde él trabajaba ya no se utilizaran las cadenas. Causas morales o factores desencadenantes eran las pasiones intensas y fuertemente contrariadas o prolongadas, los excesos de todo tipo, las irregularidades de las costumbres y del modo de vida, la educación excesiva, ya sea por mollicie o por dureza excesiva.

Jean Etienne-Dominique Esquirol, en su obra maestra *Las enfermedades mentales consideradas desde el punto de vista médico-higiénico y médico-legal*, define la locura y clasifica sus diferentes síntomas; con él surge en Francia la psiquiatría como campo de la medicina legal. Esquirol consideraba las enfermedades del alma como producto de alteraciones en las relaciones de la persona, y las diferenciaba de las congénitas y orgánicas, como la imbecilidad, el cretinismo y la idiotez. Entre las enfermedades por causas morales clasifica a aquellas que afectan parcialmente la conducta del individuo, y les da el nombre de manía, lo que la diferencia de las monomanías, porque altera el desempeño de la voluntad y el intelecto. En cambio, en las monomanías la alteración afectiva es primaria y se manifiesta con delirios razonantes, sin afectar las actividades intelectuales (<http://www.arespsi.com.ar/psicopato/esquirol.htm>).

Eugenio Bleuler, por su parte, propone dejar de lado el vocablo que hasta ese entonces se utilizaba como “demencia precoz” para definir una particularidad de síntomas. “Desgraciadamente, no podemos eludir el incomodo deber de acuñar un nuevo nombre... pues se designa a la enfermedad, no al enfermo...” (Bleuler 1993:13).

Bleuler considera que a esa enfermedad tendría que llamársele *esquizofrenia*, “llamo a la demencia precoz 'esquizofrenia' porque (como espero demostrarlo) el 'desdoblamiento' de las distintas funciones psíquicas es una de sus características más importantes” (Bleuler 1993:14). Atendiendo al sentido del vocablo, *esquizo* se deriva del griego *schizo* que significa dividir, (en alemán: *Spaltung*), ya que uno de los principales rasgos es que la persona tiene la sensación de despersonalización, y quizá es mucho más notorio para quienes lo rodean, familiares y conocidos, no así para el sujeto.

Bleuler establece que hay dos tipos de síntomas: los *fundamentales*, que caracterizan la esquizofrenia y los *accesorios* que pueden presentarse también en otro tipo de enfermedades. Los síntomas fundamentales son principalmente los siguientes:

Inicia generalmente al final de la adolescencia, entre los 18 o 23 años. El pensamiento refleja lucidez del conocimiento, aunque también puede presentar pensamiento disociado, por ejemplo; unir dos o más ideas en una sola, o tendencia a aferrarse a una sola idea, a la que se retorna una y otra vez.

En ocasiones las ideas pueden seguir el curso de una asociación mediata, incluso bizarra o extraña. El pensamiento se vuelve confuso, extravagante, incorrecto y quebrado, las ideas y conceptos pueden no tener una relación lógica. En cambio, las funciones simples como los sentidos, la memoria, la conciencia y la movilidad no tienen alteración.

Las alucinaciones rara vez se presentan o tienden a confundirse por el tipo de discurso que ofrece la persona, que relata hechos prefigurados como si hubiesen sucedido; al interrogarlo con mayor profundidad podemos constatar que el enfermo los da por verdaderos, pero reconoce su inexistencia.

La motricidad fina y gruesa, la atención, la memoria (los acontecimientos anteriores y posteriores a su enfermedad son recordados con precisión, como memoria fotográfica) se conservan; saben quiénes son y se orientan bien con respecto a sí mismos en espacio y tiempo. En su conducta predomina la vida interior y el apartamiento, la realidad es transformada por sus ilusiones y delirios de interpretación.

El deterioro emocional ocupa el primer plano del cuadro clínico y se manifiesta en indiferencia hacia todas las cosas. Bleuler describe algunas de las características de la

enfermedad que arbitrariamente llamará “esquizofrenia”: al comienzo de la enfermedad se observa una hipersensibilidad, irritabilidad que no corresponde a los estímulos, pasan de una actitud muy afectuosa a la indiferencia total, evocan sucesos pasados con la misma intensidad que si fueran presentes, entre otras conductas.

Bleuler estaría de acuerdo con la descripción de la sintomatología que Kreapelin hace de “demencia precoz”, también llamadas “demencias paranoides” o “psicosis deteriorantes”, sólo que para esos cuadros propone el nombre de *esquizofrenia*. Comprueba, al igual que Kreapelin que, “muchos casos llegan a ser curables o sus estados de normalidad se detienen durante periodos muy largos, a veces de manera definitiva”. Es para esos casos que propone establecer un nombre que los distinga, más aún, nos dice que esas personas bien podrían pasar como “normales”, ya que sus capacidades mentales y afectivas no sufren deterioro:

Bajo el término de demencia precoz o esquizofrenia incluimos entonces a un grupo de enfermedades que pueden distinguirse claramente de todos los otros tipos patológicos en el sistema de Kreapelin. Aquellas tienen muchos síntomas y prognosis semejantes. Sin embargo, sus cuadros clínicos pueden ser extraordinariamente diversos (Bleuler, 1993:10).

El nacimiento del vocablo en el campo de la medicina psiquiátrica, surge con la declaración que realiza Bleuler para establecer el nombre de “esquizofrenia”: Define entonces la esquizofrenia como aquel grupo de psicosis cuyo curso, a veces crónico y en otras ocasiones intermitente, y que puede detenerse o retroceder en cualquier etapa, pero no permite una completa *“restitutio ad integrum”*. “En todos los casos se da un desdoblamiento más o menos nítido de las funciones psíquicas... si la enfermedad es pronunciada, la personalidad pierde su unidad” (Bleuler 1993:14).

Los pacientes esquizofrénicos tienen la inclinación a simbolizar experiencias concretas, dice Bleuler: “para nuestros pacientes el símbolo se transforma rápidamente en realidad, [...] la emotividad determina rápidamente la transformación de los conceptos.” (Bleuler 1993:84). Por ejemplo, una pequeña tarea puede tomarse como un trabajo muy complejo y que merece el mismo salario.

Por último, quiero hacer notar como E. Bleuler llega a la conclusión de que *el comportamiento de pacientes con ese diagnóstico puede ser tan normal como cualquier otra persona* como por ejemplo Van Gogh, Schumman, Lenz, Scheffel, “que viven como cualquier persona normal, quizá su irritabilidad y sensibilidad se

manifiesten en alguna ocasión, se enojan, insultan y se van” (Bleuler 1993:99). La hipótesis de nuestra tesis corresponde a la conclusión de principal de Eugene Bleuler: la conducta que puede manifestar cualquier individuo en determinados momentos de su vida, corresponde a cualquiera de los casos que el llamara con el vocablo de esquizofrenia.

Lamentablemente los síntomas accesorios por sus efectos definen con mayor precisión la esquizofrenia: las alucinaciones (generalmente auditivas) y las ideas delirantes, esos síntomas que inducen a los familiares a la idea de encierro y control del paciente, ante la angustia y zozobra que pueden llegar a causar esos pacientes.

1.3.1 CRITERIOS SINTOMÁTICOS PARA LOS CUALES SE APLICA EL VOCABLO *ESQUIZOFRENIA*

Ilustraré con el caso de un paciente que se autodefine como “esquizofrénico bipolar”, a partir de que el departamento de psiquiatría del IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social) lo diagnóstica así. Vemos en este caso como se repiten todos aquellos rasgos que hace cien años ya señalaba E. Bleuler.

Los síntomas de Mariano aparecen alrededor de los 23 años. Recordemos que E. Bleuler en sus registros de casos había establecido que en la mayoría de los pacientes los primeros síntomas surgen al final de la adolescencia, “entre los 18 o 22 años”. Surgen los primeros indicios con una conducta de apartamiento y predominio de la vida interior, la realidad es transformada por sus ilusiones y delirios de interpretación.

Si bien, Mariano no refiere nunca, a lo largo de su historia clínica, presencia de alucinaciones, sí podemos observar referencias a ideas religiosas o propósitos a los que se aferra aun a costa de su integridad, como es el recorrer caminando un trayecto de 800 km. Recordemos que Bleuler había señalado que es característico en esos individuos que se de la “disociación de pensamiento con lucidez del conocimiento y se presenten dos o más ideas condensadas en una sola, presentan tendencia a aferrarse a una sola idea, a la que se retorna una y otra vez.”

También encontramos tendencia a la asociación mediata y asociaciones bizarras o extrañas, como creer que el embarazo de su esposa bien podría asemejarse al de la Virgen de Guadalupe, ya que “debajo de su manto protector se puede observar un niño”.

Mariano durante todas las entrevistas da muestra de que las funciones simples como los sentidos, la memoria, la conciencia y la movilidad no tienen alteración. En cambio las relaciones afectivas se ven seriamente dañadas, principalmente con las personas que guarda mayor cercanía afectiva: a su esposa llegó a gritarle y amenazarle si no obedecía a su fija idea de hacer oración, incluso a altas horas de la madrugada; a su madre la ha agredido físicamente y de palabra por no obedecer sus órdenes, sin embargo después se arrepiente, pide perdón y se auto inculpa por aquello que hizo “fuera de control”, llega a valorar tiempo después la gravedad de sus dichos y actos.

Bleuler señala que aparece una marcada “indiferencia hacia todas las cosas”. Por lo que he podido constatar en el caso de Mariano, en sus momentos de crisis, efectivamente, pareciera no interesarle nada, sin embargo tiene un vivo interés sobre algunas situaciones que le rodean, con exceso de emotividad se refiere, por ejemplo, a la pobreza de la gente de la sierra; utiliza palabras altisonantes para referirse con gran enojo a los profesores que lo “engañaron y se burlaron de él”, dice con severidad. En su aparente “indiferencia”, no deja de tener jaculatorias de alabanza a Dios y la Virgen de Guadalupe. También constatamos su gran ímpetu y energía para referirse a su esposa y a la criatura que se gesta en su vientre: “¡más le valdría no haber nacido a aquel que se atreva a hacerles daño...!”

Durante el trabajo que hemos desarrollado en el consultorio, he podido constatar cómo “evoca sucesos pasados con la misma intensidad como si fueran presentes”; por ejemplo, siempre que se refiere a los sucesos de Cd. Frontera o lo ocurrido en el servicio social, lo hace como si hubiese sido un evento reciente: “recordarlo me deprime mucho y me irrita sobremanera”.

Con respecto a lo que afirma Bleuler acerca de “el área del pensamiento, éste se vuelve confuso, extravagante, incorrecto y quebrado, las ideas y conceptos pueden no tener una relación lógica”, me parece que nuestro caso difiere radicalmente, ni siquiera en sus momentos de mayor alteración relacional encontramos una falta de lógica, o lenguaje confuso, extravagante, incorrecto o quebrado, tal como lo encontramos en personas que han sufrido un daño neurológico por consumo crónico de drogas o algún tipo de lesión cerebral, o que se encuentran bajo los efectos de alguna sustancia.

Cuando Mariano decidió volver a tomar los medicamentos, comenzó a realizar una serie de acciones en búsqueda de la reconciliación con su esposa, la familia y los vecinos; contra su propósito de no hablar conmigo tomó el teléfono y se comunicó para solicitar una entrevista, muy apenado, se disculpó por lo que le había ocurrido; ya en el consultorio comenzó a hacer una relatoría de lo sucedido en los últimos seis meses, con precisión de detalles recordaba lo dicho y hecho por él, y lo que en su momento le señalamos quienes estuvimos cerca de él. Bleuler nos dice al respecto: los acontecimientos anteriores y posteriores a su enfermedad son recordados con precisión, como memoria fotográfica, saben quiénes son y se orientan bien con respecto a sí mismos, en espacio y tiempo. (Bleuler 1993, p. 67).

Por último quisiera señalar que la situación de Mariano corrobora lo establecido por Krapelin, “muchos casos que llegaban a ser curables o detenidos durante periodos muy largos...”. Bleuler y Krapelin sostienen que este tipo de personas bien podrían pasar como “normales”, ya que logran periodos largos de estabilidad y en ocasiones una franca mejoría con periodos intermitentes de crisis.

1.4 INDICIOS DE UN CONFLICTO PARADIGMÁTICO

Hasta ese momento histórico los médicos no se empeñaban tanto en definir la locura, como en su tratamiento, es hasta finales del siglo XIX que Emil Kraepelin se propone realizar una clasificación exhaustiva de las enfermedades mentales, principalmente los delirios y la paranoia.

La aportación de Kraepelin acerca de la comprensión de las paranoias y el delirio de litigancia, se halla contenida en las ocho ediciones del *Tratado de psiquiatría* que se publicaron entre 1883 y 1915, en el cual, su pasión por la clasificación botánica le llevó a proponer múltiples clasificaciones de las enfermedades mentales. A Kraepelin debemos el concepto de *demencia precoz*, al que confirió unidad y extensión particulares al agrupar tres tipos clínicos principales: *la catatonia*, aislada entre 1863 y 1874 por Karl Ludwig Kahlbaum; *la hebefrenia*, descrita por Hecker en 1871, y una forma delirante, a la que calificó de *paranoide* en la sexta edición del *Tratado* (1899), ésta clasificación le permitió a E. Bleuler establecer la noción de esquizofrenia. Kraepelin concibió la noción de paranoia como “un sistema delirante, restringida, durable e imposible de romper, que se instaura con conservación completa de la claridad y el orden en el pensamiento, en la voluntad y la acción”. Definición ésta última tomada al pie de la letra por Bleuler para explicar algunas de las características de la *esquizofrenia delirante*.

La psiquiatría del siglo XX, consideró a Kraepelin su prócer en la creación de un sistema nosográfico, mediante el cual hace una descripción de un sinfín de conductas, entre ellas *psicosis maniaco-depresiva* hasta entonces fragmentada en cierto número de formas clínicas independientes, cuyo origen debía buscarse en la organización interna predisponente de la personalidad, y por consecuencia su causa sería de origen “endógeno”. Las clasificaciones propuestas por Kraepelin han sido ampliamente aceptadas por la medicina psiquiátrica a lo largo del siglo XX.

1.4.1 El aporte de SÉRIEUX Y CAPGRAS

Toda vez que hemos realizado un recorrido histórico del tratamiento de la locura y el contexto del nacimiento del vocablo esquizofrenia, surgen las siguientes

preguntas:

¿En qué momento el ejercicio de la clínica produce un efecto distinto en el tratamiento del individuo y el uso del vocablo esquizofrenia? En el ejercicio de la clínica ¿cómo se produce el deslizamiento del campo de la medicina hacia el campo del psicoanálisis? ¿Es sólo en el discurso que se produce esa fractura?

Necesitamos de un dispositivo a manera de puente que nos permita transitar del campo de la psiquiatría al del psicoanálisis, para construir ese puente es necesario asirnos de dos elementos: la propuesta de Sérieux y Capgras por un lado, y por otro, los postulados de la tesis de doctorado de Jacques Lacan.

A finales del siglo XIX, en Francia, los logros obtenidos por Pinel y Esquirol, mediante el “tratamiento moral del alma”, producen un efecto en sus alumnos Paul Sérieux y Joseph Capgras.

En el año 2002 se presentó en México, en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, la traducción al español del libro *Las Locuras Razonantes*, de Sérieux y Capgras (2002). Este acontecimiento motivó la realización de un coloquio, donde se discutieron conceptos concernientes a la locura. Dicho coloquio se tituló *Las razones del delirio de interpretación* y participaron en él representantes de cada una de las ciencias psi. Las discusiones que le siguieron dieron origen al número dos de la revista *Psiquis* (2002).

Durante la presentación del texto de *Las locuras razonantes...*, se suscitaron diversas intervenciones, algunas conviene recordarlas por su contenido epistémico de la experiencia, los contenidos de la revista en ningún momento fueron abordados; en cambio, cada uno de los tres psiquiatras que trabajaban en ese hospital y conformaban la mesa de diálogo, compartió con el público detalles acerca de su formación y de las dificultades —crisis— de su profesión, con un tono no pesimista, sino de aquel que se cuestiona y comienza a abrir los ojos ante nuevas perspectivas.

Al parecer, tuvieron una formación en la que el debate, la discusión, el análisis y la búsqueda de métodos alternativos fueron todos elementos no contemplados, acaso ni siquiera permitidos, desaconsejados o simplemente no abordados en las instituciones que los vieron convertirse en psiquiatras.

En su exposición describen cómo todos ellos laboran de tiempo completo en el hospital, atendiendo pacientes aquejados de trastornos “psicóticos”. Su labor es diagnosticar y medicar; fueron formados en el supuesto de que un adecuado diagnóstico es lo único que permite lograr un tratamiento efectivo, por aquello de que para intervenir sobre algo primero debes ubicarlo, reconocerlo, clasificarlo. Sin embargo, la experiencia médica ha demostrado que eso no es suficiente; no puede apostarse todo a los medicamentos.

Los psiquiatras se han dado cuenta de que su trabajo es muy reducido, sienten la necesidad de realizar algo más que eso y entonces se sienten perdidos, sin referentes que los sostengan en su profesión. Así se dan cuenta de la importancia de la escucha, del trato humano y de la búsqueda de otros referentes, de nuevos paradigmas, pues éstos se encuentran desdibujados o ausentes. ¿Qué hacer frente a esta situación? Algunos se *(de) forman* como psicoanalistas.

Dicho coloquio estuvo presidido y comentado por el psiquiatra, Dr. Héctor Pérez Rincón¹, quien entre otros comentarios, externó a manera de anécdota, que hay cierta frase desalentadora que circula acerca de la profesión de psiquiatra, y dice que los cirujanos son aquellos colegas que saben poco, pero hacen mucho; de los pediatras se decía que sabían mucho, pero hacían poco; y finalmente estaban los psiquiatras que eran ese tipo de médicos que ni sabían nada, ni hacían nada. Y agregó: “¡Y lo más asombroso! tuvieron que pasar casi cien años para que la psiquiatría reconociera en ese texto olvidado algún indicio del camino errado: un retorno a los viejos autores clásicos”.

Ese retorno a los clásicos, nos remite al texto de *Las locuras razonantes...* Sérieux y Capgras toman lo dicho por sus pacientes como texto trascendental, como único testimonio que da cuenta de la construcción de la realidad en relación a sí mismos, más allá de lo imponderable de una clasificación teórica que se pierde a lo largo del texto.

El delirio de interpretación sólo se despliega a partir de que el interpretador guarda un estrecho, quizá hasta excesivo, contacto con la realidad que lo circunda. De este modo, las locuras razonantes permiten entrever un hecho: el interpretador puede perder

¹ Psiquiatra, Psicopatólogo, miembro de la Société Internationale d' Histoire de la Psychiatrie et de la Psychanalyse, editor de la Revista Salud Mental, Instituto Nacional de Psiquiatría.

contacto con todo, salvo con la realidad de los actos, los signos, las señales y los mensajes que le conciernen. Se trata de un campo de palabras, actos y discursos que tejen la realidad compartida en que los interpretadores viven (Sérieux y Capgras, 2002:10)

Jacques Lacan hace un reconocimiento al aporte logrado por estos psiquiatras en la comprensión de la locura, pero sobre todo en el establecimiento de un lugar primordial a lo dicho mediante la palabra, la imagen y la construcción del discurso del razonador. En su tesis de doctorado *De la psicosis paranoica en sus relaciones con la personalidad* dice: “[...] Por lo demás, nadie puede tocar un asunto como el de nuestra tesis sin sentirse deudor de sus trabajos” (Lacan,1979:18).

Dichos autores consideran que la interpretación delirante se diferencia de la alucinación y de la ilusión, consideradas como trastornos sensoriales, porque la primera es una percepción sin objeto y la segunda una percepción distorsionada del objeto. Como ocurre hasta el día de hoy suele confundirse la interpretación con la alucinación.

Por otra parte, la interpretación delirante difiere de la idea delirante (concepción imaginaria), en que es completamente inventada o por lo menos, no se deduce de un hecho observado, como la primera. El hecho de que la interpretación delirante se origine en un evento de la realidad hace mucho más difícil separar la interpretación falsa de la interpretación delirante. El conocimiento de la historia de vida y las circunstancias vitales que rodean al individuo son elementos que permiten conocer mejor el mecanismo de las ideas delirantes y las interpretaciones razonantes. Sin embargo, cualquier tipo de persona bajo cualquier circunstancia no estaría exento de elaborar una interpretación errónea de su propia realidad o de un hecho en particular, aunque por lo general el error queda circunscrito y aislado a la creencia de una realidad, reconociéndolo como tal; la interpretación delirante en cambio, tiende a la “irradiación, la difusión, se asocia a ideas análogas, y se organiza sistemáticamente” (Sérieux y Capgras 2002:22). Definen el delirio de interpretación de la siguiente manera:

El delirio de interpretación es una psicosis sistematizada crónica que se caracteriza por:

- a) la multiplicidad y la organización de las ideas delirantes; b) la ausencia o la escasez de alucinaciones, su contingencia; c) la persistencia de la lucidez y de la actividad psíquica; d) la evolución, por extensión progresiva, de las interpretaciones; y e) la

incurabilidad sin demencia terminal. (Sérieux y Capgras 2002:22)

El delirio de interpretación es una psicosis funcional, y se ubica entre los estados psicopáticos que se agrupan artificialmente con el nombre de “locuras razonantes” (Sérieux y Capgras 2002:23)

Agregan que quienes padecen de delirio de interpretación, logran conservar fuera de su “delirio parcial”, una lucidez espiritual absoluta y puntos de vista, y no deben considerados alineados en el sentido etimológico del término (*alienus*, extraño y extranjero), su relación con el medio y su aspecto es normal, cuando llegan a ser internados no es por el carácter de sus interpretaciones y delirios razonantes, sino por su carácter violento e impulsivo.

Sérieux y Capgras dividen los síntomas de los delirios de interpretación en: positivos, que corresponden a las concepciones e interpretaciones delirantes, y negativos, que consisten en la ausencia o escasez de alucinaciones y la conservación íntegra de las facultades mentales.

En cuanto a los síntomas positivos destacan los siguientes: los mínimos incidentes cotidianos sirven a los propósitos del interpretador; las actitudes, los gestos, la mímica de la gente que le rodea, juegan un papel decisivo; los indicios más banales pueden llevar a conclusiones extraordinarias, los gestos de una persona pueden interpretarse como invitaciones eróticas. Las palabras y la escritura constituyen una fuente de interpretación; una frase por más insignificante que sea, puede resultar en conclusiones audaces. Algunas respuestas orgánicas naturales pueden dar origen a atrevidas deducciones: una erección, el sudor, el cansancio, el sonrojarse.

Los síntomas negativos que caracterizan a los delirios de interpretación, son los siguientes: conservación del pensamiento, lucidez mental, memoria, ausencia de alteraciones graves de la vida intelectual y afectiva, escasez o ausencia de alteraciones sensoriales; sin embargo Sérieux y Capgras hacen notar que el sentido de autocrítica casi no existe, al contradecirle o señalarles el error o la equivocación de sus apreciaciones tenemos por respuesta un mayor encono y cierta hiperestesia del yo autocrítico. Como las interpretaciones que hacen de la realidad rara vez están desligadas de un motivo fehaciente, es muy difícil convencerlos de su falso razonamiento; incluso para las personas que no

conocen las circunstancias en que se generó el delirio interpretativo no habría motivo para no creer en éste como verdadero.

La interpretación falsa es exagerada, extravagante, pero raramente es absurda; algunas veces es verosímil [...] La inteligencia no se modifica por la aparición del delirio. No hay alteración de la conciencia ni confusión en las ideas [...] el enfermo aprecia exactamente los hechos que no relaciona con sus preocupaciones mórbidas. Su memoria es fiel: no olvida las nociones adquiridas con anterioridad y sabe sacarles provecho, a veces puede citar un sinnúmero de datos y nombres propios con rapidez y una precisión cercana a la hipermnnesia que a él mismo le causan placer [...] Una vez que han hecho abstracción de las concepciones delirantes, los juicios de los interpretadores demuestran sensatez, a menudo, sus apreciaciones son precisas (Sérieux y Capgras 2002:60)

En cuanto a su apariencia exterior, generalmente no presenta alteración de la voluntad, ni estereotipos de actitud o gestos, su higiene y su forma de vestir es natural, quizá llegan a buscar cierta originalidad y excentricidad.

Finalmente, los síntomas negativos se caracterizan por no presentar alteraciones sensoriales, pero en algunos casos hay alucinaciones a intervalos, que pueden confundirse con ilusiones, (alucinaciones psíquicas). "No se observan alteraciones de la sensibilidad general, tan intensas a veces en los perseguidos alucinados." (Sérieux y Capgras 2002:73)

Resumiré uno de los casos que presentan Sérieux y Capgras, que ejemplifica muy bien los síntomas positivos y negativos del delirio de interpretación.

Observación del caso V: Se trata de un maestro nacido en 1860. Su mujer lo define como una persona inquieta, impresionable, colérica, un hombre al que no le gusta que lo contradigan, pero bueno, generoso, afectuoso y sensible en exceso; mientras que él se define como muy impresionable y sugestionable.

Se casa a los 38 años. Desde el inicio de su matrimonio presenta celos. Advierte un cambio en la conducta de su mujer; al encontrarla varias veces en la calle, supone que ve a un amante. Un médico (cómplice de su mujer sin duda), le informa que su enteritis se agrava y se lo achaca a su mujer, que seguramente le hizo daño al darle una medicina por equivocación.

Asegura que la gente le quiere hacer ver que su mujer le engaña, la presenta a un amigo que conoció en Argelia, después asegura que son amantes; deciden

dejar de hablarse, el asegura que es “una novela” lo que le ocurre. La mujer le dice: “tú me harías hacer cosas que yo no quisiera”, aludiendo al divorcio, él interpreta que es una confesión de adulterio.

Interpreta que su mujer quiere ser masona, ya que esa asociación preconiza la unión libre. Asegura que su mujer lo engaña con un amigo, lo quiere volver loco y le da narcóticos para dormirlo, y así ser libre de hacer lo que quiera. Los enojos y las coincidencias se multiplican.

La enfermedad dura desde hace 9 años, y en el transcurso de sus internamientos, el primero de 2 meses y el segundo de casi 3 años, y no observamos, a pesar de los exámenes minuciosos, ni debilitamiento intelectual, ni alucinaciones (Sérieux y Capgras 2002:89)

Como podemos ver en el caso, el enfermo ha cumplido con esos dos síntomas del delirio de interpretación, ya que no hay alteración de su inteligencia, por el contrario la usa para reforzar su sistema delirante, y sus relaciones sociales en general son normales, excepto con las personas que encajan en sus delirios interpretantes, como la esposa, el amigo, el médico, etc.

Entonces ¿En qué consiste el tratamiento para las personas aquejadas de locuras razonantes? Sérieux y Capgras presentaron aproximadamente cuarenta observaciones de otros tantos casos y toman como común denominador en todos ellos que no se presentan alucinaciones, ni alteraciones psico-orgánicas, y lo más asombroso, recomiendan como método de curación “un cambio de residencia, descansar, cambiar el círculo de personas que los rodean, atender a sus interpretaciones sin contradecirlos y darles la razón en lo posible”, para esos autores la curación tiene que ver con esas medidas, o por lo menos así lo atestiguaron sus casos (Sérieux y Capgras 2002:346).

El texto de *Les folies razonantes* se distingue en la historia de la psiquiatría, porque encontramos en él, por vez primera, un seguimiento puntual de la historia de vida del individuo; a pesar de las limitaciones que tuvieron los autores para acceder a la historia de vida de cada uno de sus pacientes, logran exponer la concordancia que se da entre sus lazos sociales y su síntoma, que los hace ser señalados como locos.

A diferencia del tratamiento moral de las pasiones por parte de Pinel y Esquirol,

la intervención de Sérieux y Capgras, no recae en la sugestión y en la reeducación de sus pacientes. El peso de su intervención se da en la escucha de la historia de cada uno de ellos y sus múltiples ramificaciones que hacen de la interpretación de su existencia, un delirio razonante, coherente y creíble.

La definición de los síntomas positivos y negativos traza una línea casi imperceptible entre la conducta "normal" y la de un "loco". Podríamos concluir esta referencia a Sérieux y Capgras señalando la tendencia a enumerar nombres de cada uno de los delirios, como una tendencia habitual de la época a enumerar rasgos y conductas mediante un nombre, como lo dicen Guattari y Deleuze, fue un intento de encontrar un régimen post significativo (Deleuze y Guattari, 2004:122) que se opusiera a la significancia de gran peso de los médicos y la psiquiatría bleuleriana de fines del siglo XIX.

Foucault diría que se trata de un nuevo juego de la "microfísica del poder"; el surgimiento de la psiquiatría como disciplina adyacente al ejercicio de la medicina: "A partir del momento en que se da sustancia al delirio, se le da realidad, se lo autentifica y al mismo tiempo se suprime lo que es causa en él, a partir de ese momento se generan las condiciones para eliminarlo." (Foucault, 2005:47)

El esclarecimiento del delirio y la alucinación es condición necesaria para determinar la diferencia entre una afección de origen orgánico o emocional. La confusión semiótica de ambos términos ha dado lugar a falsos diagnósticos y a un ejercicio de poder arbitrario por parte de la psiquiatría sobre los pacientes. Al confundir cualquier alteración de la conducta como una enfermedad mental y otorgarle un nombre se hace del sujeto un individuo portador que va a actuar conforme a los síntomas del nombre establecido como diagnóstico, por ejemplo:

Esquizofrenia: Ideas delirantes, comportamiento y lenguaje desorganizado, labilidad afectiva. Reducción del lenguaje, abulia, etc. No importa si esos síntomas desaparecen, el diagnóstico permanecerá y tendrá un efecto posterior en la vida del paciente (Morrison, James. 2008:150).

CAPÍTULO II

2.1 SIGMUND FREUD Y EL DIAGNÓSTICO

La no relación de la medicina y la psiquiatría con el campo del psicoanálisis no se establece desde el surgimiento de éste, por el contrario, es un camino largo que habrá de recorrer Sigmund Freud.

Freud incursiona en el campo de la neurología, guiado por la mano de Jean Martin Charcot, al ser beneficiado con una beca en la Salpêtrière de París desde el 30 de octubre de 1885 hasta el 28 de febrero de 1886 (Foucault 2005:325). Este encuentro de cuatro meses provocará en él un cambio decisivo en la forma de acercarse a la clínica, y lo reconocerá años más tarde.

Como lo describe Luis Tamayo (2004:90) a la manera de los antiguos filósofos, Freud elige: *un solo hospital y un solo hombre*: hospicio de la Salpêtrière y el Dr. J.M. Charcot. Comenzaba el auge de la medicina del cerebro, y por primera vez en la historia del College de France se apertura la cátedra de *neurología* a cargo de J.M. Charcot. Dos años después, S. Freud decide realizar su estancia en ese *lugar, con esa persona*, durante cuatro meses, ahí descubre la falacia de la hipnosis y el diagnóstico de histeria aplicado por su profesor a diversos casos de simulación y manipulación. (Freud, S. 1976a:8)

Después de esa estancia en Francia, Freud cuestiona el nombrar los síntomas como cuadros patológicos, y el diagnóstico para él es un campo muy cuestionable, ya que hace referencia a los síntomas y no al origen de los mismos. El campo de la medicina se tensiona entre lo orgánico y lo emocional.

Sin embargo, S. Freud, estuvo tomado por cierta preocupación, proveniente del campo de la neurología, y no precisamente de la psiquiatría. Hace una observación muy precisa, que va a dejar profunda huella en el desarrollo de su pensamiento, sobre la diferencia del trabajo clínico entre los médicos alemanes y franceses:

Mientras que la nosografía tiene por objeto describir los cuadros clínicos, es tarea de la clínica pasar a la plasmación individual de los casos a la combinación de los síntomas. He puesto de relieve aquí los conceptos de **entité morbide**, de serie, de tipo y de **formes frustes** porque en su empleo reside un rasgo capital de la manera francesa de hacer

clínica. La manera alemana “es en verdad” ajena a ese abordaje; en ella el cuadro clínico no desempeña ningún papel rector, y en cambio se destaca otro rasgo que tiene su explicación en la historia de la medicina alemana: “la tendencia a interpretar fisiológicamente el estado patológico y el nexo entre los síntomas”. (Freud 1976b:168)

Este cambio de paradigma en la observación y abordaje de la clínica, Freud lo reconocerá en una nota necrológica, a propósito de la muerte de su profesor J. M. Charcot. Reconocimiento que no se puede dejar de lado por sus efectos en el pensamiento freudiano.

Para Freud, incluso para los médicos de su tiempo, era difícil indicar las razones de tal o cuál diagnóstico. Él opinaba que en la forma alemana de abordar los casos clínicos, sólo se indicaban las cualidades del cuadro clínico, las características y descripciones de los síntomas, esperando que ello encaje en cuadros diagnósticos preconcebidos. En cambio, consideraba que el método utilizado por Charcot se basaba en su propia experiencia y en la historia clínica, comparaba la sintomatología observada con cuadros presentados anteriormente (Freud, S. 1976c:168)

Ante esa manera de actuar de Charcot, Freud consideraba que era tarea de la clínica pasar de la descripción de los cuadros clínicos generales a la individualidad de cada caso, y agregaba que: “en la neuropatología quedan muchísimas cosas todavía cuestionables, cuyo discernimiento sólo se alcanzará por medio del debate.” (Freud, S. 1976d:170)

Por ejemplo, la *histeria* en aquellos años se definía como la observación de síntomas específicos de carácter duradero que han sentado sus bases en el cuerpo del paciente. Este diagnóstico era considerado como un rótulo muy específico, agregándole además que los rasgos histéricos eran estudiados a disgusto y con poco interés, dando como resultado que se diagnosticaran diferentes síntomas como histéricos, a consecuencia de lo cual se llegó a creer que aquel que fuera diagnosticado como histérico era un mentiroso, ya que sólo simulaba sus síntomas; cualquier conducta podía ser simulada y por lo tanto, diagnosticada como histeria.

Ese diagnóstico generaba mayores confusiones, al grado de comparar a la histérica con una bruja o poseída. Cabe preguntarse también ¿qué pasaba con la

concepción de histeria fuera de la ciencia de Viena? Se caía en una situación peor que en el mismo Berlín, el diagnóstico se utilizaba más bien para deshacerse del paciente cuando ya no se le quería seguir atendiendo.

Charcot, a través de sus observaciones y estudios de esos cuadros clínicos, logró establecer una *Teoría de la histeria*; y distingue entre una parálisis con base orgánica de aquella que daba origen a un cuadro histérico, es decir, una diferenciación entre una afección histérica y una de origen orgánico (Freud, S. 1976e:197)

Para conocer aquello que en verdad diferenciaba a la histeria de otras neurosis, era necesario utilizar un método distinto al de la hipnosis, ya que no todos los pacientes eran hipnotizables. Poco tiempo después, Freud utilizaría el método de Josef Breuer. Sin embargo Freud, S. cae otra vez en la psicopatología descriptiva y establece tres cuadros simples: neurastenia, neurosis de angustia y representaciones obsesivas.

A partir de esta clasificación aborda entonces la inexistencia de “cuadros puros” en cuanto a la sintomatología de la histeria y de las neurosis; establece que en ambos cuadros puede haber combinaciones sintomáticas, es decir, en una histeria que puede llegar a presentarse con síntomas neuróticos y viceversa. Ante ello, Freud recomienda tener mucho cuidado en no llamar a todo cuadro clínico “histeria”, como se solía hacer, y propone otros caminos, como veremos más adelante (Breuer, J. y Freud, S. 1976f:264).

Freud realiza un cambio en el método hasta entonces utilizado: ordena a sus pacientes que se recuesten y cierren los ojos, les pide que recuerden la primera ocasión del síntoma, instándoles a que se esfuercen en traer a la memoria la representación patológica. El método catártico restará importancia al de la hipnosis, y le dará mayor importancia al discurso mismo. Posteriormente propone el método de la conducción de las asociaciones o *método de la asociación libre*, con ese método, Freud presenta una nueva propuesta de diagnóstico diferencial: “Me inclino a otorgar valor diagnóstico diferencial a mi método de convocar recuerdos escondidos.” (Breuer, J. y Freud, 1976g:187).

El método de evocar recuerdos escondidos presentaba algunas dificultades para Freud; opta entonces por aplicar el método de la *presión*, que consistía en

recostar al paciente y pedirle que cerrara los ojos para luego ejercer una presión sobre la cabeza e incitarlo a seguir hablando, este método, efectivamente, lograba que el paciente hablara de sus síntomas, mismos que iban desapareciendo. La cura no consistía ahora sólo en la aparición del recuerdo, sino también de la descarga afectiva que lo acompañaba y le daba el nombre de *abreacción*.

Sin embargo, Freud descubre que esta cura era un tanto engañosa, ya que al encontrarse lejos de su presencia, la enferma experimentaba nuevamente los síntomas histéricos. Esto lo llevó a la conclusión de que la cura no era, finalmente, producto de la abreacción, sino de la relación con él.

A partir de esta dificultad metodológica, Freud comienza a desprenderse del método original de la hipnosis para aplicar la técnica de la presión en la etiología de los síntomas. Con este método logra, mediante la observación del paciente, distinguir entre el reposo anímico y el estado de tensión al ocultar algo que no se desea comunicar, en el primer caso la insistencia será inútil al ya no haber más sobre qué indagar, habla también de una ventaja en dicho método: “por los resultados de ese procedimiento uno averigua la dirección en que debe investigar y las cosas en que es preciso insistir” (Breuer, J. y Freud, S. 1976h, p. 287).

Podríamos afirmar que esa propuesta freudiana será la piedra angular que permitirá ubicar la trascendencia de la historia clínica en el proceso de diagnóstico.

Freud le da una importancia decisiva a la *historia clínica* para elaborar el diagnóstico, aunque se muestra preocupado de que las historias clínicas vayan a ser tomadas como “novelas breves”, y no como un trabajo serio (“científico”), apuntalando así la importancia del origen del síntoma y el relato sobre la clasificación y descripción de los síntomas. Esto es:

...la exposición en profundidad de los procesos anímicos como la que estamos habituados a recibir del poeta, mediante la aplicación de unas pocas fórmulas psicológicas.[...] Los historiales clínicos así propuestos aventajan al diagnóstico psiquiátrico por el íntimo vínculo entre historia (del paciente) y los síntomas (Breuer y Freud, S. 1976i:274).

Por otro lado, Freud no deja de considerar la importancia del manejo interdisciplinario entre el psicoanalista y el médico en un cuadro diagnosticado como histeria; el paciente puede presentar un cuadro clínico con síntomas

histéricos que serán abordados con el método del psicoanálisis, una vez que estos síntomas desaparezcan será más sencillo poder diagnosticar una afección orgánica. Y es aquí donde entra el trabajo del médico; él mismo lo llevó a cabo con un paciente que caminaba incorrectamente después de una fuerte emoción: primero lo trató en su afección psíquica, y luego dejó el tratamiento a los médicos para curar una esclerosis múltiple (Breuer J. y Freud, S. 1976j:164).

A pesar de ese esfuerzo por descentrar la clínica de la psiquiatría clásica que tiende a la cosificación del individuo, S. Freud no deja de lado ese paradigma ya que también considera que aquél que no conozca a profundidad la sintomatología de los distintos cuadros psíquicos podrá fácilmente confundirlos entre sí, tomando en cuenta que cada distingo nosográfico apunta a una etiología y tratamiento distinto, razón por la cual es muy importante saber puntualizar la diferencia en cada uno, de lo contrario el tratamiento no será el adecuado.

2.1.1 LA APLICACIÓN DE LOS CONCEPTOS PSICOANALÍTICOS A MANERA DE DIAGNÓSTICO LLEVA A FALSAS CONCLUSIONES

S. Freud en 1906 indica la necesidad de delimitar la práctica del psicoanálisis a la clínica y limitarla en otros campos disciplinarios, por ejemplo, la criminología o la jurisprudencia (donde, en aras de darle un sentido a la conducta y con el objeto de emitir un sentencia, basan sus conclusiones en los conceptos extraídos de la teoría y el método del psicoanálisis). Al respecto sostiene:

... futuros jueces y abogados defensores: el interés por un nuevo procedimiento de indagación, que al parecer constreñiría al propio imputado a probar su culpa o su inocencia mediante unos signos objetivos. Este procedimiento consiste en un experimento psicológico y se funda en un trabajo psicológico... (Freud, S. 1976k:87).

Por otro lado, es lógico pensar que este intento de desplazamiento metodológico sufre en su camino algunas modificaciones, en vista de que la disciplina que lo toma para sí hará un esfuerzo para lograr la funcionalidad de la técnica dentro de su campo de estudio. El peritaje jurídico toma la “asociación libre” para indagar si este o aquel sujeto es culpable o no de lo que se le imputa, recurre solamente a la asociación de palabras, nombrándolas al azar, considerando las respuestas del sujeto a la misma suerte, mientras que Freud dice: “tampoco la ocurrencia del sujeto en el experimento de la asociación estará librada al azar, sino acaso condicionada por un contenido de representación eficaz en él.” (Freud, S. 1976L:89).

La realización de un peritaje o diagnóstico mediante la aplicación de la técnica y conceptos psicoanalíticos en el campo jurídico, es para Freud un ejercicio de "simulación". La aplicación del psicoanálisis sólo es posible mediante un proceso que se llevaría mucho tiempo, y los resultados serían conocidos únicamente por el analista y el propio inculpado, por supuesto que la instancia juzgadora no ejercería ninguna influencia en este procedimiento. Freud, S. se manifiesta claramente contra los excesos del uso indiscriminado de los conceptos por él propuesto.

Sin embargo S. Freud lamentablemente no deja de utilizar una nosología que cosifica también al sujeto, en lo que se refiere al diagnóstico de esquizofrenia. Propone la posibilidad de un periodo de entrevistas, antes de iniciar cualquier

tratamiento con la finalidad de establecer un diagnóstico diferencial:

Hartas veces, cuando uno se enfrenta a una neurosis con síntomas histéricos u obsesivos, pero no acusados en exceso y de duración breve —vale decir, justamente las formas que se considerarían favorables para el tratamiento—, debe dar cabida a la duda sobre si el caso no corresponde a un estadio previo de la llamada “Demencia Precoz” (“esquizofrenia” según Bleuler, “parafrenia”, según mi propuesta) y pasando más o menos tiempo mostrará un cuadro declarado de esta afección.

Pongo en tela de juicio que resulte siempre muy fácil trazar el distingo. *Sé que hay psiquiatras que rara vez vacilan en el diagnóstico diferencial*, pero me he convencido de que se equivocan con la misma frecuencia, sólo que para el psicoanalista el error es mucho más funesto, que para el llamado “psiquiatra clínico”.

En efecto, éste último no emprende nada productivo, ni en un caso, ni en el otro; y se corre sólo el riesgo de un error teórico y su diagnóstico no posee más que un interés académico. El psicoanalista, empero en el caso desfavorable ha cometido un yerro práctico, se ha hecho culpable de un gasto inútil y ha desacreditado su procedimiento terapéutico [...] (Freud 1976m:126)

Aunque no deja de ser una ventaja sobre el acercamiento de la psiquiatría, el psicoanálisis termina proponiendo una nosología para elaborar el diagnóstico y tiende a conformarse con él y establecer una “prognosis (pronóstico) del “desarrollo ulterior”, prognosis insegura por rica que sea la experiencia. Esto es así porque la psiquiatría sólo se queda con el diagnóstico, no va más allá de proclamar cierto predominio de la influencia hereditaria y no se cuestiona como lo hace el analista respecto a “las vivencias que sobrevinieron a esta alma... condenada a producir alguna vez un delirio.” (Freud, 1916:230).

En relación al diagnóstico, en la obra de Freud encontramos otras referencias muy significativas, por ejemplo, en la número 34 de sus Conferencias de Introducción al Psicoanálisis Freud relata una anécdota que consideramos podría ser muy bien la respuesta a esa necesidad imperativa de establecer un diagnóstico para todo:

En una ocasión, de visita en su tierra natal, Moravia (donde Freud vivió hasta los tres años), platicó con el doctor de la clínica del lugar, quien, según relata Freud, le contó lo siguiente:

... en las horas de atención los pacientes llegaban a su consultorio y formaban una fila. Pasaban uno después de otro y se quejaban de sus dolencias: dolores lumbares,

espasmos de estómago, fatiga en las piernas, etc. Después del examen les espetaba el diagnóstico, idéntico en todos los casos (Freud, S. 1976o:130).

Significaban todos ellos algo así como “embrujaado”. Freud le preguntó sorprendido acerca de la reacción de todos sus enfermos, creyendo que seguramente estarían escandalizados, “... ¡Oh no! se van muy contentos: es lo que ellos esperaban. Con sus gestos y ademanes expresan: 'Ese sí que se la sabe.'" Y ahora Freud testimonia:

[...] Algo parecido habíamos oído en la clínica siendo jóvenes estudiantes, cada vez que se presentaba un caso de “histeria”: las histéricas producen sus síntomas para hacerse las interesantes, para llamar la atención, ¡Cómo reaparecen siempre las viejas sabidurías! Pero ya en aquel tiempo estimamos que ese fragmentito de psicología no abarcaba los enigmas de la histeria; dejaba sin explicar, entre otras cosas, por qué los enfermos no se servían de otro medio para alcanzar su propósito. Desde luego, algo tiene que haber de correcto en esta doctrina de los psicólogos individuales: una partícula que ellos confunden con el todo (Freud 1976p:131).

En esa misma conferencia, Freud considera que los diagnósticos se obtienen sólo con posterioridad, y lo ejemplifica con un pasaje de una novela de Víctor Hugo: "Era un rey que afirmaba poseer un método infalible para distinguir a una bruja. La hacía arrojar a una olla de agua hirviente, y después probaba el caldo. Tras esto podría decir: '¡Era una bruja!' o bien: '¡no, no lo era!'" (Freud 1976q:144).

Con esta anécdota podríamos concluir, que NO es sino después de conocer ampliamente al paciente a través de la historia clínica que se puede emitir una opinión, y en todo caso el ejercicio de la clínica psicoanalítica con exige dejar de cosificar al sujeto, es decir dejar de etiquetarlo con un diagnóstico nosológico, sea cual fuere el nombre que se elija.

2.2. EL VOCABLO ESQUIZOFRENIA: EDITADO, CORREGIDO Y CORROMPIDO

2.2.1 EL DSM IV R y el concepto de esquizofrenia

El Manual de diagnóstico y estadística de los trastornos mentales, también conocido por sus siglas en inglés como *DSM IV*, edición española de 1996, tiene sus orígenes en el año de 1840. El primer manual de trastornos mentales fue elaborado en 1952 y desde entonces se han realizado diversas adaptaciones. La última edición lleva el nombre de *DSM IV Revisado*; editado en el año de 1994, en idioma inglés por parte de American Psychiatric Association de Washington y traducido al español en el Departamento de Psiquiatría y Psicobiología Clínica de la Universidad de Barcelona, la versión en español es avalada por sus autores originales.

Para la realización de dicho manual se establecieron equipos de trabajo de médicos y psiquiatras, según el tipo de trastorno mental que pretendían establecer como diagnóstico; el comité que desarrolló los argumentos que sustentan el diagnóstico de “esquizofrenia y otros trastornos psicóticos”, lo conformaron Nancy Coover Andreasen, como presidente; y un vicepresidente, Jon M. Kane, junto con sus colaboradores cercanos. Sin embargo, en el apartado de “agradecimientos”, en dicho manual se puntualiza, que fue un grupo de más de mil personas y numerosas organizaciones profesionales las que colaboraron. Sin embargo, “agradecen la sabiduría y gracia” de uno de ellos, entre mil, Mel Sábshin. Otro de los objetivos que persiguieron al realizar el manual fue incrementar la compatibilidad del DSM IV y el CIE 10, así como mejorar la relación entre su organización y la Organización Mundial de la Salud (OMS).

El manual pretende ser una guía útil para la práctica clínica, facilitar la comunicación e investigación entre los “clínicos”: investigadores biológicos, psicodinámicos, cognitivos, interpersonales, comportamentales y familiares; para que lo usen psiquiatras, psicólogos, enfermeros y muchos otros profesionales de la salud.

Para elaborar este manual, se propuso que participaran en su organización y elaboración gente experta en cada uno de los trece campos diagnósticos; aseguran que la participación de muchos “expertos” internacionales hace posible que pueda aplicarse en todo el mundo, ya que está basado en la “observación empírica”, preocupados por la legitimidad de su propuesta y como si de un acto de democracia se tratase, pretenden el consenso “internacional”.

En los Estados Unidos surge la necesidad de dar un nombre a las conductas “anormales”

o patológicas en 1840, en ese año se registró la categoría *idiotia/locura*, más tarde se establecieron siete categorías de trastornos mentales: manía, melancolía, monomanía, parestia, demencia, dipsomanía y epilepsia. En 1917, la American Medical Psychological Association realizó una clasificación estadística mediante la acumulación de datos de diversos hospitales mentales. En 1952 la American Psychiatric Association publicó la primera edición del DMS.

En 1980 el DSM III incluyó no sólo datos estadísticos, sino también criterios diagnósticos explícitos y un enfoque descriptivo “neutral” respecto a las teorías etiológicas. En el DSM III se recogen doce estudios de campo en setenta lugares distintos con seis mil individuos evaluados, dichos estudios llevaron a enriquecer los diagnósticos y superar el mal uso de los mismos.

En 1994 se realizó otra revisión que dio por resultado el DSM IV. El nivel de autocrítica es notable, por ejemplo: aceptan que la definición de “trastorno mental” es anacrónica y reduccionista de la dualidad mente-cuerpo. Los términos con que definen la conducta anormal subsisten ante la dificultad de diagnosticar de alguna forma la conducta que englobe todas las posibilidades.

En el campo de la medicina las enfermedades se nombran a partir de los síntomas, ya que cada caso equivale al concepto y no es posible nombrar todo tipo de enfermedades englobándolas en una sola definición, lo mismo ocurre con un patrón de comportamiento para que se establezca una norma estadística, aún así, no se puede considerar trastorno mental. Profundiza en la autocrítica, cuando afirman que se debe descartar el vocablo de psicosis para llamar a un individuo por sus síntomas; por ejemplo no es lo mismo decir un esquizofrénico que decir un individuo con esquizofrenia o un alcohólico que un individuo con dependencia al alcohol.

El DSM IV también se auto descarta para una valoración legal: “para determinar si un individuo cumple con un criterio legal específico (discapacidad, incompetencia, responsabilidad criminal) se requiere de información adicional, más allá de la contenida en el DSM IV (DSM-IV 1995, p. XXIII). En el momento inicial de su publicación se marca el fin de una época de diagnóstico y clasificación estadística, y el inicio de algo indeterminado e incluso de la eliminación de algunas categorías diagnósticas. Otro cambio notable del DSM IV en relación a los manuales anteriores, es la aceptación de las variables étnicas y culturales que pueden provocar errores en el uso del manual, por ejemplo: las creencias

religiosas o variaciones del comportamiento que pueden ser habituales en otra cultura y diagnosticarse como “trastorno psicótico” o “esquizofrenia”. Señalan que el tratamiento clínico de un enfermo con ese diagnóstico, requiere de mucho más que la información que dicho manual puede llegar a proporcionar, igualmente para definir una significación clínica del trastorno, es importante tomar en consideración la causa del malestar o deterioro del individuo.

En el manual americano de enfermedades mentales, las categorías diagnósticas tienen una referencia alfanumérica. Al referirse al cuadro diagnóstico de la esquizofrenia, encontramos que le corresponde la categoría F20 XX, y como subcategorías, los trastornos psicóticos y otros tipos de esquizofrenia como: paranoide, desorganizado, catatónico, indiferenciado y residual; las categorías que destacan como muy semejantes a la esquizofrenia se clasifican en el apartado F20. 8, como trastorno esquizofreniforme con síntomas de buen pronóstico y sin síntomas de buen pronóstico, y el apartado F25 X como trastorno esquizoafectivo tipo bipolar y tipo depresivo.

Es de reconocer el esfuerzo que realizan los autores en la edición final del DSM IV R al establecer, por primera ocasión, la ambigüedad de los términos “trastorno mental” y aceptar la participación de diversas disciplinas del campo de la salud —recordemos que hasta antes de esa edición sólo intervenía la Asociación de Psiquiatría Norteamericana—, y reiteran la necesidad de tomar en cuenta la historia y las circunstancias del individuo, por encima de cualquier definición sintomática o estadística.

Así mismo, descartan que el manual DSM IV R tenga la finalidad de diagnosticar a la persona, más aún, advierten del error común de muchas personas al considerarlo como un instrumento de diagnóstico, y una referencia enfocada a la ayuda y mejora de la atención hacia los individuos, eso no es cierto, ni es su finalidad. Su finalidad es establecer un nombre para cada conducta “patológica” que permita nombrar de la misma forma dichas conductas.

Establece el término esquizofrenia, para definir un trastorno psicótico que se caracteriza por ideas delirantes y alucinaciones, que provocan “grave deterioro de la evaluación de la realidad y pérdida de fronteras del ego, alucinaciones, lenguaje y comportamiento desorganizado” (DSM-IV, 1996:279).

A continuación señalaré los principales criterios taxonómicos del DSM-IV sobre lo que se denomina el Trastorno de esquizofrenia:

El sujeto puede presentar afecto inapropiado al estímulo que lo rodea, anhedonia, pérdida de interés o de placer, humor disfórico que puede tomar la forma de depresión, ansiedad o ira, alteración del patrón del sueño, puede rechazar la comida como producto de sus creencias delirantes, puede presentar alteración de la marcha, balance o inmovilidad apática. Dificultad para concentrarse, confusión, desorientación, deterioro de la memoria (la falta de conciencia de la enfermedad es un mal pronóstico de evolución). Anormalidad motora: muecas, posturas o manierismos raros, estereotipos y rituales. De acuerdo al manual estadístico la esperanza de vida es más corta que la población en general ya que el 10% de los sujetos con esquizofrenia se suicidan. (DSM-IV:285)

El DSM IV R sostiene que no existen hallazgos de laboratorio para el diagnóstico de esquizofrenia. Con respecto a sujetos normales el DSM III ha encontrado las siguientes anomalías estructurales del cerebro:

Ensanchamiento del sistema ventricular, aumento de los surcos de la corteza, disminución del tamaño del lóbulo temporal y el hipocampo, aumento de tamaño de los ganglios basales, disminución del tamaño cerebral (técnica de imaginaria estructural), las técnicas por imagen funcional reflejan una anormal flujo de glucosa en partes específicas del cerebro. Las evaluaciones neuropsicológicas arrojan un enlentecimiento de los tiempos de reacción; algunos individuos con esquizofrenia beben exceso de líquidos que provocan una intoxicación acuosa alterando la densidad de la orina y el equilibrio electrolítico.

Es notorio en este apartado lo confuso y relativo de los síntomas físicos enumerados en dicho manual: Confusión derecha-izquierda, movimiento en espejo, coordinación torpe, bóveda palatina arqueada, ojos excesivamente juntos o separados, malformación de las orejas.

Debemos destacar que en la última revisión, el DSM IV R reconoce que existen conductas que pueden parecer alucinaciones visuales, auditivas o delirios religiosos, sin embargo, son comunes en algunas sociedades y culturas, por ejemplo: ver a la Virgen María u oír la voz de Dios; también pueden llegar a confundirse con desorganización del lenguaje, debido a las variaciones lingüísticas y a la lógica de presentación verbal.

Por último, citaré un par de afirmaciones hechas por los mismos autores, que desmontan todo el aparato discursivo del DSM IV R con respecto a ese “diagnóstico”, y dejan abierto el campo para que otras disciplinas, entre ellas el psicoanálisis y la filosofía, den respuestas a lo inexplicable en el campo de la psiquiatría. Los autores del DSM IV R llegan a afirmar lo siguiente: “...las tasas de prevalencia son similares en todo el mundo [...] los sujetos con esquizofrenia en los países en desarrollo tienden a tener un curso más agudo y una *mayor mejoría* que los sujetos de los países industrializados” (DSM-IV:287).

Si el curso de este momento histórico sigue su marcha, estamos ante la inminente desaparición del vocablo *esquizofrenia* para referir cualquier conducta en el campo de la medicina, la neurología y, por ende, en el campo *psi*. La cosificación del sujeto nunca ha sido el camino para mejorar o modificar la conducta, por el contrario, ha provocado la marginación y estigmatización de las personas así diagnosticadas por la psiquiatría, hasta nuestros días.

Si el vocablo “esquizofrenia” deja de circular como concepto de uso común en el diagnóstico, se dará paso a la valoración de las diversas afecciones derivadas de múltiples alteraciones neurológicas, sin la connotación social que hasta la actualidad tiene.

2.2.3 LAS ABERRACIONES EDITADAS Y AUMENTADAS DEL CIE 10

El manual de Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y otros Problemas de Salud, por sus siglas en inglés: ICD, (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems), fue elaborado por la Organización Mundial de la Salud, en Ginebra, Suiza, en el año de 1992, y traducido al español en Madrid, España. Actualmente se le conoce como el CIE 10, y es un referente obligado en el campo de la medicina y la psiquiatría para establecer todo tipo de diagnósticos de “enfermedades”. Contiene 22 capítulos subdivididos en códigos de la A a la Z. El capítulo V concierne a *trastornos mentales y del comportamiento*, y sus códigos se encuentran señalados del F00 al F99. (CIE10 1992:47)

Nos ocuparemos en este trabajo de revisar cuáles son los argumentos que sostienen el diagnóstico de esquizofrenia en dicho manual, el cual contiene una aclaración en su parte introductoria: los autores pertenecen a diversos países e idiomas, lo que genera problemas para establecer acuerdos sobre el diagnóstico de los trastornos mentales, entonces sólo se limitaron a diseñar “criterios generales” que permitieran cierto entendimiento en el campo de la medicina y la psiquiatría mundial: “Están representadas todas las escuelas psiquiátricas más importantes lo que le da a este trabajo su carácter internacional único.” (CIE 10 1992:9)

En la década de los años sesenta, el programa de salud mental de la OMS trabajó en múltiples reuniones con escuelas psiquiátricas de todo el mundo. En esos encuentros estuvieron ausentes especialidades que podrían dar cuenta del comportamiento humano desde otras perspectivas; como el psicoanálisis, la psicología, la neurología, la filosofía, etc.

Al parecer, se pretendía establecer y diseñar instrumentos de diagnóstico y evaluación de diversas enfermedades. En 1968, en la elaboración del CIE 8, establecieron una red de instituciones y personas que trabajaran en la “clasificación psiquiátrica” (llamada así por ellos), mediante foros de carácter “científico” para llegar a “acuerdos”; la intervención de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA de E.E.U.U.) fue decisiva, ya que se tomó como modelo la tercera edición revisada del *Manual Diagnóstico y Estadístico* (DSM), elaborado por esa asociación. Diez años después, en 1978, la OMS y la APA elaboraron un manual de clasificación y diagnóstico que incluyó, por primera vez, problemas relacionados con el abuso de drogas y alcohol.

En la presentación del manual CIE 10, se afirma que en su preparación participaron psiquiatras de diversas “culturas” y países, en un afán de “legitimación científicista” dice: “se reunieron personas e instituciones de más de 17 países”. Al enfatizar lo pluricultural de su convocatoria, es evidente que se trata de un ejercicio político de legitimación ideológica. A la letra el CIE 10 señala: “... después de amplias consultas con expertos de sociedades psiquiátricas nacionales e internacionales” (CIE 10 1992:9).

Pareciera que “lo internacional” fuese sinónimo de inapelable; sin embargo, aclararon que el idioma oficial sería el inglés, eje rector para definir la claridad de cualquiera otra traducción. En su intento de puritanismo lingüístico, añaden esa aclaración a la edición española, y logran enredar aún más lo que pretenden clasificar, con el argumento de que “la investigación gnoseológica actual nació en los Estados Unidos” (CIE10 1992:11) y habría que pagar un precio.

En un afán “democratizador” de la ciencia, la legitimación social del discurso psiquiátrico deviene de su establecimiento “internacional”, en foros mundiales como el Congreso de Copenhague y de Ginebra, Suiza.

Un ejemplo de ese empeño de democratización de los criterios, es el vocablo *delirio*, al que subdividen en *delirium* para referirse a *delusión*, como término distinto al de *ideas delirantes*. El tratamiento de la palabra delirio fue sometido ¡a **votación**! Y la *verdad* por consenso resultó que ya no se utilizaría nunca más, y sí en cambio, *idea delirante*; es obvio que la definición de “idea delirante” conlleva la voz delirio.

Otros términos que se discutieron en la elaboración del CIE 10, para establecer el diagnóstico, fueron *ansiedad* y *angustia*; y llegaron al consenso de utilizar de manera indistinta ambas palabras (CIE 10 1992:13). En el colmo de ese criterio “internacional”, afirman que: “angustia parece significar una mayor gravedad psiquiátrica, fuera del alcance de la experiencia y posibilidades de intervención del médico general y de especialistas no psiquiatras...” (CIE 10 1992:13), por eso mismo hacen la advertencia de que sólo el médico psiquiatra debe hacerse cargo de esos casos.

La insistencia de sostener un argumento con base en el consenso democrático de las ideas, se comprende en el terreno de la política, pero, ¿por qué empeñarse en aplicarlo en el terreno de la comprensión de lo humano? Para legitimar una práctica clínica que genera miles de millones de dólares a los laboratorios farmacéuticos. Por supuesto esto no lo dice el manual, la respuesta del porqué la insistencia de acuerdos consensuados la

justifican al afirmar que se trata de un equipo de trabajo pluriétnico y globalizado, ya que los autores son originarios de los Estados Unidos, España, Bélgica, Alemania, Holanda, Brasil, India, Inglaterra, Japón, Egipto, Rusia y China. Aceptan que los diversos diagnósticos y cuadros gnoseológicos no corresponden a teorías ni abarcan la amplitud de conocimientos sobre la materia, en cambio, son sólo un conjunto de descripciones y síntomas aprobados por médicos psiquiatras de diversas nacionalidades que permiten superar la rivalidad política e ideológica de los países orientales y occidentales.

Los vocablos *psicosis* y *esquizofrenia* los unifican para explicar los determinantes de su diagnóstico a partir de los síntomas que presenta el individuo: psicótico se ha mantenido como término descriptivo para indicar “la presencia de alucinaciones, ideas delirantes, comportamientos claramente anormales (excitación, hiperactividad), aislamiento social grave, inhibición psicomotriz y manifestaciones catatónica” (CIE 10 1992:24)

La palabra esquizofrenia en el CIE 10 es utilizada de forma indistinta para designar múltiples conductas, a veces contradictorias entre sí, esto provoca que dicho vocablo sea utilizado de forma errática, tiene por lo menos treinta y dos definiciones de actos de conducta relacionados con la raíz del vocablo esquizo y los agrupa en los siguientes términos generales: *Esquizofrenia*, *Esquizofrénico*, *Esquizofreniforme*, *Esquizoide* y *Esquizotípico*.

Para definir el diagnóstico de esquizofrenia, estableció como requisitos conductas que anteceden al dictamen del paciente, por lo menos de uno a tres meses antes del diagnóstico: “pérdida de interés, evitación de la compañía de los otros, abandono del trabajo, irritabilidad e hipersensibilidad.” (CIE 10 1992:32)

Las alucinaciones e ideas delirantes, también llamadas “síntomas morbosos”, pueden llegar a presentarse más tarde. El CIE 10 hace una diferenciación de los trastornos psicóticos agudos y trastornos de la esquizofrenia; considera que hasta nuestros días las opiniones y datos son contradictorios, faltan conocimientos suficientes para dictaminar un diagnóstico de esquizofrenia:

...la mayor parte de los datos clínicos y la opinión de los expertos sugieren que en la mayoría de los enfermos con estas psicosis agudas, así como la instauración de los síntomas psicóticos tiene lugar en unos pocos días o a lo largo de una o dos semanas como máximo y muchos de los enfermos se recuperan con o sin medicación en dos o tres semanas. (CIE 10 1992:34)

¡Resulta que los expertos no sabían de qué hablaban! Confunden en sus acepciones los

vocablos *esquizofrenia* y *psicosis*, y llevan, sin mediar ninguna reflexión, el terreno de los *síntomas psicóticos* al de la esquizofrenia; más aún, hablan de "unos días" y "semanas" como si fuese lo mismo, para terminar en el precipicio del desconocimiento de lo que se habla. Sus enfermos ¿se recuperan con o sin medicamento! en el supuesto de que los hayan medicado, y si no ¿cómo saber si hablan de lo mismo? Bueno, ellos proponen una especie de "encierno" o "corte", o aislamiento de un mes que permita confirmar el dictamen, algo así como la ya mencionada anécdota que nos cuenta Freud acerca de si era o no bruja aquella mujer.

Es un ejercicio francamente irrisorio, define con ambigüedad el resto de los vocablos relacionados con la esquizofrenia y ya anteriormente citados: "Miembros de la Asociación Mundial de Psiquiatría, y de grandes y prestigiosas escuelas clínicas desean que se mantenga el diagnóstico de "trastorno esquizoafectivo" (CIE 10 1992:36). Cabe preguntarse, por qué *desean que se mantenga ese diagnóstico*, ¿Acaso los laboratorios farmacéuticos también participaron?

El diagnóstico de esquizofrenia fue tomado como síndrome de diversas etiologías, muchas de ellas desconocidas y de variadas formas, por lo tanto es irresponsable tomar este diagnóstico como válido, ya que para legitimar no basta con nombrar, es necesario argumentar de manera contundente. "Su presentación depende del equilibrio de influencias genéticas, somáticas, sociales y culturales." (CIE 10, 1992:24)

Esta definición del término aparece en la parte introductoria del manual, al principio de cualquiera otra descripción patológica, subraya lo ambiguo e inexacto, así como la dificultad para establecer dicho diagnóstico. Sus estudios "multiétnicos e internacionales" dan cuenta de la desproporción de sus afirmaciones, cuando se refieren a la aparición y remisión de los síntomas:

...pueden llegar a desaparecer completamente incluso después de los seis meses convirtiendo el cuadro en un trastorno de ideas delirantes. En un estudio epidemiológico internacional se encontró que una gran proporción de enfermos cuyos síntomas eran clara y típicamente esquizofrénicos duraron más de un mes y menos de seis, y tuvieron remisiones del trastorno marcadas o incluso completas. (CIE 10 1992:34)

En la construcción de la teoría y el conocimiento es necesario un ejercicio ético de lo que se pretende demostrar, y si esta demostración tiene un efecto social y económico que rebasa el interés del "enfermo", estamos francamente en el campo de la locura social rebasada por el mercado. De otra forma, no podemos explicarnos porqué a pesar de sus

propias investigaciones y conclusiones sostienen, en un manual de impacto mundial, un vocablo cuyo sentido no se sustenta, aún en el campo médico de la psiquiatría.

El CIE 10 define en la sección F-20 a la esquizofrenia como el cuadro más frecuente e importante del grupo de los trastornos de ideas delirantes y esquizotípicas:

La esquizofrenia según la sección F 20 se caracteriza por alucinaciones e ideas delirantes, pero hace la aclaración de que la mayoría de los cuadros de ideas delirantes no están relacionados con la esquizofrenia, pero sí se producen distorsiones fundamentales y típicas de la percepción, del pensamiento y de las emociones, en forma de embotamiento o falta de adecuación a las mismas.

En general se conserva la capacidad intelectual y la claridad de conciencia. El enfermo cree que sus pensamientos, sentimientos y actos más íntimos son conocidos por otros. Son frecuentes las alucinaciones, especialmente las auditivas, que pueden alterar la propia conducta o los pensamientos propios del enfermo. (CIE 10 1992:33).

La percepción de los colores y sonidos puede parecer excesivamente vívida, las situaciones cotidianas pueden tener un significado especial, aspectos irrelevantes toman mayor importancia, ante el bloqueo intelectual el enfermo afirma que es controlado por fuerzas extrañas o se roban sus pensamientos. Su carácter afectivo se torna caprichoso, incongruente y superficial. Su voluntad se manifiesta con inercia, negativismo o estupor. El comienzo puede ser agudo con trastornos graves de la conducta. (CIE 10 1992:115).

Otros síntomas del cuadro llamado “esquizofrenia”, que describe el CIE 10 son: pensamiento con eco, robo, inserción o difusión del mismo, ideas delirantes de ser controlado, de influencia o de pasividad referidas al cuerpo, voces alucinatorias procedentes del propio cuerpo que discuten entre ellas o le dan órdenes al enfermo, ideas delirantes completamente erradas e inadecuadas al entorno del individuo: tener poderes sobrenaturales, dominar el clima; alucinaciones o ideas sobrevaloradas, bloqueos o interpolaciones en el curso del pensamiento, con lenguaje impreciso, disgregado, incoherente o lleno de neologismos, manifestaciones catatónicas, tales como excitación, flexibilidad, negativismo, estupor, mutismo, apatía marcada, empobrecimiento del lenguaje, bloqueo o incongruencia de la respuesta emocional, retraimiento social y disminución de la competencia social, pérdida de interés, estar absorto, ociosidad, falta de objetivos y aislamiento social por lo menos un año. Por lo menos cinco de los anteriores

criterios deben estar presentes durante un mes o más. (CIE 10 1992:117)

Es muy interesante que el CIE 10, se proponga descartar el diagnóstico de esquizofrenia ante la presencia de una enfermedad cerebral o intoxicación por sustancias psicotrópicas o abstinencia a las mismas; resulta esto una contradicción con respecto a los síntomas de carácter neurológico que conlleva el diagnóstico: bloqueo e interpolaciones en el curso del pensamiento, alucinaciones, voces alucinatorias, lenguaje disgregado, lleno de neologismos, inserción de pensamientos.

El índice del trastorno relativo al vocablo esquizofrenia señala los siguientes cuadros:

F20 esquizofrenia

F20.0 esquizofrenia paranoide

F20.1 esquizofrenia hebefrenia

F20.2 esquizofrenia catatónica

F20.3 esquizofrenia indiferenciada

F20.4 depresión post esquizofrénica

F20.5 esquizofrenia residual

F20.6 esquizofrenia simple

F20.8 otra esquizofrenia

F20.9 esquizofrenia sin especificación

Con el riesgo de equivocarse, quienes construyeron ese manual prefirieron nombrar de alguna manera los once probables síntomas, y, una vez que éstos se han agotado, a reserva de encontrar mas indicios, establecen en el F20.8 el diagnóstico de “otra esquizofrenia” y si aún así surge otro síntoma imprevisto, sugieren los “científicos” la F 20.9 “esquizofrenia sin especificar” (CIE 10 1992:117).

Ante este panorama "científico" nos vemos obligados a cerrar dicho manual. No sin antes preguntarnos acerca del interés económico que respalda ese tipo de argumentos. Sabemos que en todo el mundo, a las asociaciones psiquiátricas las mueve el patrocinio de las corporaciones farmacéuticas. Por último, sobra preguntarse si fueron esas mismas corporaciones las que diseñaron el CIE 10. Son las grandes corporaciones farmacéuticas mundiales las que financian las investigaciones para “curar” la esquizofrenia y preservar la especialidad médica llamada “psiquiatría”. En la actualidad se discute a nivel universitario si la neurología debe dar paso a la desaparición de la psiquiatría como especialidad médica.

CAPÍTULO III

3.1 EL MITO Y EL CASO. VIDA Y OBRA DE JORGE CUESTA

Se trata de mostrar en esta tesis los efectos del lenguaje y el diagnóstico del campo clínico, en los sujetos que son "etiquetados" como esquizofrénicos. El caso del poeta Jorge Cuesta es muy representativo, ya que plantea las características propias de un individuo que sucumbe al diagnóstico de enfermedad mental y particularmente, al de "esquizofrenia", por lo siguiente: es internado en un asilo mental bajo el diagnóstico de "esquizofrenia"; muere en el encierro oponiéndose a ocupar hasta el final de sus días el lugar de "enfermo mental", pero también, fiel a sí mismo; es traicionado por el discurso de aquel a quien colocaron en el lugar del amo ante su deseo. (Deleuze y Guattari 2004:134); en el caso de Jorge Cuesta, su final, aunque es él mismo el que adelanta el paso, así como su "autosacrificio", hace de su muerte todo un simbolismo y un mensaje. (Léthier en Litoral 2003:109).

El texto que lo condena proviene de un sistema lingüístico, régimen de significancia paranoico interpretativo y un régimen subjetivo, post significante, pasional, que supone un agenciamiento no sólo del individuo que lo padece, sino de todo el conjunto social: el estigma del cuadro gnoseológico- psiquiátrico. (Deleuze, Guattari 2004:129).

Con la finalidad de exponer el caso, es necesario consultar el material literario que se ha editado acerca de la obra de Jorge Cuesta, así como diversas revistas y textos que se han publicado sobre su vida y obra

Entre toda la bibliografía, encontramos que hasta el año 2003 no se había escrito una biografía tan completa como la de Jesús R. Martínez Malo. El 15 de abril de 1998 presentó un trabajo intitulado *Jorge Cuesta, una correspondencia entre la letra epistolar y la locura*. Trabajo que permite "atrapar" lo escapado que resulta percibir bien a bien la vida y obra de J. Cuesta.

Para abordar el caso del poeta, Roland Léthier (en *Me cayó el veinte* 2003) escribe un artículo que titula "Cuerpo Laboratorio", en él hace una recapitulación de la vida y obra de Jorge Cuesta.

El abuelo de Cuesta, Jean Porte-Petit, era originario de Cardesse, un pequeño poblado cercano a Pau; emigró de su tierra porque, como hermano menor que era, debía buscar

su propio futuro. León, su hermano mayor, había heredado la tierra de sus padres. En 1858 emigra a América y llega al puerto de Veracruz, donde establece un negocio de café. En 1869 se enamora de Philomène Trubel, hija de un médico francés; siete años después, el 17 de octubre de 1876, lo comunica a su hermano León.

Antes de casarse, Jean y Philomène tuvieron dos hijos que fallecieron; años más tarde, nacieron Georges Adalberto, en 1871; Michel, en agosto de 1875 y Natalia, el 6 de octubre de 1876. En 1881, Jean decidió regresar, junto con su esposa e hijos, a su tierra de origen, Cardesse; sin embargo, ante el rechazo de la familia, él regresa a Veracruz con su hija Natalia, y en 1885 regresa el resto de la familia a México. Posteriormente, la pareja tendrá otros dos hijos más: Ricardo y Ernesto.

Natalia Porte-Petit Trubel se casa en Córdoba, Veracruz, con Nestor Cuesta, español avecindado en México después de una estancia en los Estados Unidos.

Roland Léthier propone, para abordar el estudio de Jorge Cuesta, establecer una anamnesis correcta, para lo cual recurre a Louis Panabière² y Jesús R. Martínez Malo. Desde el comienzo de la revisión de los datos obtenidos, Léthier subraya el hecho de que a los veracruzanos se les da el apelativo de *jarochos*, por su carácter lleno de dinamismo, rebeldía y anticonformismo. Sin embargo, habría que agregar que el vocablo *jarocho* proviene de una hierba silvestre que crece en el estado de Veracruz, a la orilla de arroyos sucios y de aguas negras, son hierbas puntiagudas que no tienen ninguna utilidad. “Mala hierba”, decimos en México cuando crece la maleza sin control. Ser jarocho puede significar también ser brusco e insolente, como lo indica *Espasa Calpe, Enciclopedia de la Lengua Española* (1996).

El padre de Jorge Cuesta, Nestor Cuesta Ruiz, fue un hacendado que cultivaba la caña de azúcar, el café y la naranja. Era un hombre autoritario, ambicioso, nacionalista. En 1917 publica por su cuenta *Ahora o nunca para los mexicanos*; en 1919 es elegido presidente municipal de la ciudad de Córdoba, Veracruz. Un año después renuncia al cargo porque no reconoce a Álvaro Obregón como máximo mandatario, ya que éste había mandando asesinar al presidente Carranza. Su esposa, madre de Jorge Cuesta, fallece exactamente el mismo día que su hijo Jorge, el 13 de agosto de 1942. Pasado un año, en 1943, contrae segundas nupcias, a la edad de 71 años, con la señorita Guadalupe Remes; con ella procrea cuatro hijos y estará a su lado durante 16 años. En 1959 Remes lo abandona.

2 Panabière, Luis. “El itinerario de la disidencia de un intelectual mexicano”, Tesis presentada en la Universidad de Perpignan, Fr. 1980. En esa tesis recogió los testimonios de Lucio Antonio Cuesta Marín y Natalia Cuesta

Por su parte, la madre de Jorge Cuesta era una mujer dedicada por completo a su casa y a sus hijos, de creencias un tanto supersticiosas, usaba remedios mágicos y creía en las fuerzas ocultas. Probablemente de ahí el interés de su hijo por la química y la búsqueda de remedios definitivos para curar diversas enfermedades.

Jorge Mateo fue el mayor de siete hijos, nació el 21 de septiembre de 1903, posteriormente le sucedieron Nestor, Jean, Gustavo Juan, Víctor y finalmente Natalia. De ellos, habría que señalar que Jean falleció a los nueve años de edad, víctima de fiebre tifoidea y Gustav al año y medio de nacido. Por su parte, Nestor se graduó de ingeniero eléctrico, emigró a los Estados Unidos, se casó y adoptó dos niñas, sobrinas de su esposa Gladys; Víctor estudió la carrera de leyes y se tituló con una tesis acerca de la violación; también escribió *Cuentos y ensayos*, publicado por cuenta propia; nunca se casó y sucumbió al alcoholismo; su hermana Natalia fue siempre un apoyo constante para Víctor y Jorge. Ella se casó en dos ocasiones y tuvo cuatro hijos, el último de ellos sería el único que viviría en Córdoba. Los demás emigraron de esa ciudad.

Fieles a sus creencias y tradiciones católicas, los padres de Jorge decidieron darle ese nombre por haber nacido el día de San Mateo. Con tan sólo un año de edad sufrió un accidente: al caer de los brazos de su nana se golpeó en la cabeza con el filo de una mesa, motivo por el cual sufriría de un lagrimeo constante, que desapareció a los nueve años gracias a que se le practicó una operación en el párpado superior izquierdo, de allí le vendría el apodo de “el conde de miramechueco”.

3.1.1 SU PASO POR EL AMOR Y LAS LETRAS

Comenzó a escribir a los 17 años. En 1921 ingresó en la Escuela de Ciencias Químicas de la Universidad de la ciudad de México. En 1924 formó un grupo de intelectuales llamado el “Grupo sin grupo”, mejor conocido como *Los contemporáneos*, entre los que se encontraban los poetas Gilberto Owen, Salvador Novo y Xavier Villaurrutia. Tuvieron una gran influencia de los filósofos alemanes y franceses contemporáneos, y una estrecha cercanía a los metafísicos ingleses y a los surrealistas. Terminó sus estudios como ingeniero químico, sin embargo nunca se tituló, pero sí ejerció su profesión.

En 1924 publica sus primeros escritos, entre ellos *La resurrección de don Francisco*, un cuento en el que Léthier hace notar coincidencias existentes entre el título, el director de la revista que lo publica, y la calle donde vivía el abuelo en Veracruz. Trata de la muerte de Francisco, de quien se dice, no tiene alma, pues resucita y no se va al infierno, ni al cielo, ni al purgatorio; su paso por este mundo es efímero y volátil. Aquí, el escritor muestra un fuerte escepticismo hacia las creencias religiosas que le fueron impuestas dentro del seno familiar, dejando muy clara su posición frente a la iglesia católica.

En 1925, por medio del grupo de *Los contemporáneos*, conoce al matrimonio formado por Guadalupe Marín y Diego Rivera, quienes organizaban reuniones semanales a las que asistían artistas, escritores e intelectuales de la época. Cuesta es invitado a una de ellas por Salvador Novo y Xavier Villaurrutia.

Lupe, la “Gata Marín” —apodada así por sus ojos color verde intenso—, nació en 1895 en la ciudad de Guadalajara, Jalisco; entre sus rasgos físicos destacaban su piel morena —herencia de sus padres, ambos mexicanos— y una larga cabellera negra. Siempre se interesó en su desarrollo intelectual, por lo que, al ser invitada a emigrar a la Ciudad de México aceptó sin vacilación. Los rasgos mestizos de Lupe Marín fueron decisivos para que Rivera la tomara como una de sus principales modelos. En 1924 se casó con Diego Rivera. El matrimonio Rivera-Marín tuvo dos hijas: Ruth y Guadalupe, la primera nació en 1925 y la más pequeña en 1926.

En 1927, Diego viajó a Moscú para celebrar con sus amigos el X aniversario de la Revolución rusa, Lupe Marín se quedó sola en su casa de Coyoacán, y fue en ese tiempo, durante la ausencia de Rivera, que su esposa se enamoró de Jorge Cuesta y éste correspondió con un apasionamiento desbordado.

Desde el inicio de la relación, Cuesta advirtió a Guadalupe acerca de sus intensos dolores de cabeza, le explicó que eran de origen hipofisario y que eso, a la larga, sería causante de locura (sic), que seguramente a los treinta y cinco años se volvería loco. Esta declaración llamaría la atención de sus biógrafos, por ser una anticipación condenatoria de su destino. Roland Léthier comenta: “En muchos estudios sobre asuntos del orden de la locura se muestran cómo esas declaraciones anticipadas concernientes a la muerte y la locura portaban su sobredosis de verdad.” (en *Me cayó el veinte* 2003:74).

Desde la clínica, sabemos que es frecuente encontrarse con declaraciones anticipatorias, que ordenan los actos y los medios para que lo que se anticipa suceda. La declaración de Cuesta se hace realidad once años después, cuando es internado en varias ocasiones, en diversos hospitales.

Néstor Cuesta, el padre de Jorge Cuesta, desaprobaba la relación de su hijo con Lupe Marín, conocida por exhibicionista y escandalosa, por lo que decidió enviarlo a París. Partió rumbo a Francia, donde vivió en la capital, en el hotel de Suez, en el número 31 del Blvd. Saint Michel, allí se encontró con el filósofo mexicano Samuel Ramos, el pintor Agustín Lazo, con André Bretón, Robert Desnos y Paúl Eluard.

Así, su estancia en París, prometía ser una verdadera oportunidad para desarrollar sus inquietudes literarias; sin embargo, la ausencia de Lupe hizo insoportable su estadía en la capital francesa. Al fin regresó a la ciudad de México, sin siquiera pasar por Córdoba, pese a haber desembarcado en el puerto de Veracruz. Esto sucedió a finales del mes de julio de 1928, y a partir de agosto, Jorge Cuesta y Lupe Marín, comenzaron a vivir en pareja junto con las hijas de ésta. Ya divorciada de Diego Rivera, contrae matrimonio con Cuesta. En 1929 la pareja decide vivir en el ingenio azucarero *El potrero*, cerca de Córdoba, Veracruz. En ese lugar Cuesta trabajó como responsable del área de química.

En marzo de 1930 nació Lucio Antonio; durante el embarazo, Marín padeció varias enfermedades muy raras e inexplicables para la época. Nueve años después, ella publicaría una novela autobiográfica, donde afirma que los médicos atribuían sus padecimientos a “pura cuestión nerviosa.” (Marín 1938, p. 35). Lo que finalmente le diagnosticaron fue un desarreglo hormonal, y le prescribieron un régimen alimenticio.

R. Léthier destaca una carta de Jorge Cuesta a su madre fechada el día 14 de marzo de 1930, un día después del nacimiento de su hijo:

14 de marzo de 1930

Querida mamá:

Anoche se vino la cosa y ya eres abuela. A pesar de que lo eres a pesar tuyo estoy seguro de que te va dar gusto ver a tu nieto. No sé, pero se me figura igual al primer Juanito.³ Es güero y con los ojos claros. ¿Quieres venir a conocerlo? Nació el 13 de marzo y viernes, faltando veinte minutos para las doce de la noche.

Te besa tu hijo que te quiere.

Jorge

P. S. Comunícaselo a los tíos y a la tía. Espero que Lupe ahora se alivie y se restablezca. Parece que todo fue con felicidad. (Cuesta 2007, p. 215)

En la vida de Jorge Cuesta sobresale el hecho de que las creencias y supersticiones tenían un efecto en él, les daba cierta credibilidad. Por ejemplo, cuando nace su hijo Lucio Antonio, el mes 03, viernes 13 de 1930, en la carta que le escribe a su madre lo subraya como lo acabamos de leer.

Quizá ese fue el principio del final de ese romance; al nacer el único hijo de la pareja, los problemas entre Lupe y Jorge se acrecentaron. Las tierras calurosas de Veracruz nunca fueron del agrado de Marín, y la relación con sus suegros fue un desastre; en 1932, ella decide separarse y dejar la custodia de su hijo a la abuela paterna. Parte para Europa y él regresa a la ciudad de México. En 1934 firman el divorcio.

³ Cuesta se refiere a su hermano Juan Elpidio, nacido el 1906 y muerto el 13 de diciembre de 1915.

3.2 UNA CARTA RECOBRADA Y RELEÍDA

En el año 2003 se celebró el centenario del nacimiento de Jorge Cuesta, por este motivo, se realizaron diversos coloquios y publicaciones dedicados al poeta. En México, la editorial Fondo de Cultura Económica publicó por primera vez las *Obras Completas*, reunidas en tres tomos; la edición estuvo a cargo de Jesús R. Martínez Malo. A propósito de esa celebración, en el año 2003, las revistas de la *école lacanienne de psychanalyse*, *Littoral* en su número 33 y *Me cayó el veinte* número 8, publicaron diversos trabajos, los cuales nos permitirán de manera particular acercarnos a la vida y obra del autor.

En el año de 1988, Jesús R. Martínez Malo inició un trabajo intitulado: *Jorge Cuesta. Una correspondencia entre la letra epistolar y la locura*; muy interesante y revelador, que parte de la recuperación del conjunto epistolar de Jorge Cuesta Porte-Petit.

Jesús R. Martínez, dedicó más de dos décadas al estudio de la vida y obra de Jorge Cuesta, recobró una carta escrita el día 19 de septiembre de 1940 por el poeta. La metodología utilizada por Martínez, partió de la enumeración de la carta en párrafos; los analizó y enriqueció con sus interpretaciones del contexto en el que surge la escritura. (en *Me cayó el veinte* 2003:69 y 117).

Los antecedentes expuestos por Jesús R. Martínez permiten ubicar en su contexto el contenido de la carta dirigida al Dr. Gonzalo R. Lafora, su primer destinatario y no precisamente su primer lector, ni el único. De hecho, no se sabe si llegó a sus manos, sin embargo, ahora es una carta pública que ha sido compilada en sus obras completas.

¿Por qué habría de escribir una carta al médico, justo el mismo día en fue a consultarlo?

El hecho desencadenante que marca la última etapa de la vida de Jorge Cuesta es la consulta que realiza el 19 de septiembre de 1940 al médico psiquiatra Gonzalo R. Lafora y el argumento escrito con el cual Cuesta le replica lo externado por aquél en dicha consulta.

¿Quién fue ese médico que le recomendó su hermana Natalia? Neuropsiquiatra e histopatólogo, Gonzalo R. Lafora, originario de Madrid llegó a México en 1938, aprovechando la guerra franquista, se hizo de un contrato por un año con la Universidad de México, y regresó a España nueve años más tarde. Llegó precedido de cierta fama, por lo que tenía una clientela selecta en pleno Paseo de la Reforma, en la ciudad de

México. Los médicos mexicanos acrecentaron su animadversión a Lafora, dos meses después de la muerte de Jorge Cuesta, a raíz de que fue demandado por los familiares del estrangulador “Goyo” Cárdenas, debido a que publicó en un diario de circulación nacional entrevistas que realizó al propio asesino en su celda y a sus familiares. La demanda penal por faltar al “secreto profesional” no prosperó debido a una hábil defensa legal —práctica común en nuestro país desde entonces. Lafora se manifiesta en su práctica profesional y en sus escritos como un médico liberal y de proposiciones innovadoras, de pensamiento de vanguardia:

La historia del mundo nos muestra cómo las concepciones filosóficas y la ética en lo que se refiere al problema sexual ha variado de unas civilizaciones a otras, sin que hayamos llegado a una meta de perfección. La civilización actual mantiene desde antiguo unas normas éticas que hoy entran en pugna abiertamente con los progresos sociales y económicos y con las costumbres. Un violento movimiento de protesta contra la moral sexual de nuestros progenitores, acusada de hipócrita y anti naturalista, mueve hoy aires de fronda en todo el mundo civilizado. [...] La moral imperante engendra neurosis y reacciones anormales del espíritu, que son causa de mucho malestar humano [...] las ideas religiosas las llevamos enquistadas hasta la tumba con su simplicidad infantil [...] Es preciso reformar la idea central de la moral cristiana de que el hombre es hijo del pecado, y que en todo lo sexual puede haber pecado. [Y proclama con valentía] [...] El único límite a esta libertad [sexual] debe ser el bienestar de los demás y el pudor público [...] fuera de ello la función sexual no debe tener nada de inmoral. (Rodríguez en *Me cayó el veinte* 2003:193)

Sin embargo, años después, en 1940, se muestra un Lafora claramente franquista, de ideas limitadas, valores anacrónicos y múltiples prejuicios morales, sobre todo acerca de la sexualidad de sus pacientes.

En "La reforma moral sexual", artículo de Lafora, publicado en el número CXVI de la *Revista de Occidente*, en 1933, el médico externa sus puntos de vista acerca de la sexualidad. El contenido es elocuente en la exposición del pensamiento del autor.

Todo esto va a tener un dique, cuando al final de su texto cita, como parte de sus ideas liberales a Malleson para sostener el límite de su concepción de la sexualidad: "Los fundamentos de toda moral sexual será la responsabilidad y el respeto con relación al otro sexo y la descendencia, así como la más completa honorabilidad consigo mismo." (Rodríguez en *Me cayó el veinte* 2003:200)

Por supuesto, no aclara en el texto a qué se refiere por “responsabilidad”, “respeto” y “honorabilidad consigo mismo”, conceptos que se prestan a la interpretación de quien los emite. La cita anterior nos permite establecer lo siguiente: el concepto "moderno" de

“moral sexual” de Gonzalo Lafora, se basa en el respeto con relación al otro sexo y a la descendencia, no puede ni debe haber sexo sin descendencia y sin relación con el otro “[...] fuera de ello la función sexual no debe tener nada de inmoral”. (Rodríguez en *Me cayó el veinte* 2003:199)

Evidentemente de una relación entre personas del mismo sexo no hay descendencia, por lo tanto sería reprochable cualquier conducta diferente. Lamentablemente para Jorge Cuesta, esta posición la refrendará años más tarde cuando se hace cargo de su tratamiento médico y psiquiátrico, al realizar un diagnóstico precipitado y lleno de prejuicios. (Léthier, Roland en *Me cayó el veinte* 2003:80)

3.3 LA PUESTA EN ACTO DEL DIAGNÓSTICO

Dos días antes de cumplir 37 años, Jorge Cuesta asistió a una consulta con el Dr. Gonzalo R. Lafora, inducido, como ya anotamos, por su hermana Natalia. Durante la consulta, el poeta expuso sus preocupaciones, y de manera inmediata y sin mediar una revisión médica, Lafora lanzó diversos diagnósticos, eso molestó a Cuesta y se retiró del consultorio. Ese mismo día escribió una carta dirigida al médico, en la que aclara su punto de vista acerca de lo ocurrido.

Una entrevista que dificulta el diálogo, y en la que se constriñe la libertad del entrevistado deja de ser el lugar de trasmisión, de comunicación y encuentro con lo que éste desea decir. Cuesta la describe como un interrogatorio que marcó un camino de interés para el médico, mas no para el paciente, como una “plática en la que me sentí con muy poca libertad”. (Cuesta 2007:194)

La ignorancia que no se asume como tal y se disfraza de un falso conocimiento, dictaminando a priori diagnósticos y cuadros patológicos, provoca que el destinatario crea lo que le dicen y sucumba a la palabra como sentencia, o al rechazo razonado. Cuesta rechaza el diagnóstico y razona sobre las palabras del médico, en la carta que le escribe el 19 de septiembre de 1940:

Me expresó usted que seguramente padecía yo de una inclinación homosexual reprimida, y que esta inclinación y su represión consiguiente eran causa de una manía u obsesión mental, que usted pretendió poner de manifiesto con sus preguntas desde el principio del reconocimiento [...] por pura intuición. Su diagnóstico hipotético a priori dejó de lado los hechos relacionados con la enfermedad de que yo estaba consciente. (Cuesta 2007:194)

El poeta subraya cómo el médico pretende desde un inicio, en su ignorancia, dictaminar acerca de lo que le ocurre, sin escuchar la explicación que se le ofrece. En el discurso de Cuesta surge una explicación a su padecimiento, derivada de sus propios estudios y lecturas, y no sólo de su imaginación, lo que Lafora va a calificar como “absurdo” y no como una opinión para validar o no: “[...] Sin hacerme un examen anatómico, usted calificó que la exposición de mi padecimiento, y no mi padecimiento mismo, era lo que constituía mi enfermedad, la cual era una obsesión o manía. Pues (juzgó usted) lo que yo pretendía era absurdo.” (Cuesta 2007:195)

¿Quién porta el absurdo? Cuesta se queja del afán nosológico del psiquiatra que deriva en un diagnóstico de la ignorancia y considera absurdo lo que desconoce, y además lo

atribuye a una obsesión mental y manía del paciente. En los párrafos numerados como IX, X y XI por Jesús R. Martínez leemos el argumento de Cuesta en contra del diagnóstico del médico:

[...] usted desechó la observación del padecimiento que me aflige, y por cuyas manifestaciones fisiológicas no se interesó,... consideró usted por encima de lo anatómico un padecimiento mental o nervioso, constituido probablemente por una obsesión sexual, originada en una homosexualidad reprimida [...] Y lo que a mí personalmente me interesa es que un médico con la competencia que usted tiene examine objetivamente mi padecimiento antes de valorizarlo, si le merece interés, o si no le quita un tiempo que le es de más utilidad empleado en otras cosas. [...] Y el fin de esta carta no es otro, señor doctor, que preguntar a usted si quiere interesarse, no en mi preocupación, sino en lo que constituye su objeto o sea la evolución anatómica y fisiológica que se ha verificado en mi organismo probablemente desde hace diez y seis años, y que también fue acelerada por la ingestión de sustancias enzimáticas, cuya naturaleza me he interesado en mostrar a usted. (Cuesta 2007:196-197)

Martínez Malo hace un análisis del contexto en que se suscita la consulta de Cuesta a Lafora, que como ya he mencionado ocurre dos días antes de que el poeta cumpliera treinta y siete años. El cargo que Jorge Cuesta ocupaba en la Sociedad Nacional de Productores de Alcohol le permitió disponer de un buen laboratorio, en el que realizó múltiples experimentos, algunos de los cuales verificó en su propio cuerpo, como es el caso de las mencionadas sustancias enzimáticas, de función digestiva. A esto se refería Cuesta como “su enfermedad”, y no es tomado en cuenta por el médico.

3.3 CUESTA ARRIBA

En su trayectoria como ingeniero químico, Cuesta ingresa, en 1936, al Departamento de alcoholes de la Secretaría de Hacienda; ese mismo año es nombrado jefe de la Sociedad Nacional de Productores de Alcohol, labor que desempeñó hasta su muerte. En ese trabajo tiene el mejor laboratorio de química de esa época, en él se dedica a investigar sobre las materias y las sustancias enzimáticas, investigaciones que han de trascender en el campo de la química, el alcohol, la conservación de la fruta y los precursores sintéticos del LSD.

En 1938, realiza y publica una investigación sobre una sustancia que permite la maduración tardía de las frutas y así conservar más tiempo su frescura; también hace otro tipo de investigaciones: acerca del tratamiento del cáncer, sobre una molécula semejante al LSD, otra más sobre el reciclaje del aceite automotriz. De todas esas investigaciones dejará constancia por escrito.

En el campo que él más amaba, las letras, en 1928 prologa una selección de poesía mexicana realizada por un grupo de amigos; en esa antología él no publica ni un solo verso, pero el hecho de estar en la portada lo hace aparecer como principal autor de la *Antología de la poesía mexicana moderna*. En la elección de autores no aparecen todos los poetas de renombre, por lo que Cuesta se convierte en centro de ataques de varios escritores y críticos, por ejemplo, en *Revista de revistas* se hizo referencia a esa antología como “una antología que vale lo que Cuesta”.

Ante la censura que se imponía a varios de sus trabajos, en 1932 decide fundar la revista *Examen*; antes del cuarto número se le finca una demanda judicial ante la posibilidad de publicar la novela *Cariátide* de Rubén Salazar Mallen, con la acusación de no apegarse a las costumbres y normas morales. Cuesta y sus amigos deciden renunciar a la dirección de esa revista auspiciada por la Secretaría de Educación Pública, y *Examen* desaparece.

3.3.1 CUESTA PUESTO EN LA ESCENA DE LA CUESTA ABAJO

En 1938, Guadalupe Marín escribe una novela que titula *La única*, la cual publica por cuenta propia, bajo la firma de editorial Jalisco. R. Léthier calificará esta novela como “[...] infamante y deletérea” (en *Litoral* 2003:114). Un texto, sin duda, autobiográfico, vulgar y difamatorio, que en un afán destructivo divulga, entre otras cosas, las supuestas perturbaciones sexuales de Jorge Cuesta, a quien le imputa una pasión incestuosa con su hermana Natalia, un enganche loco con su madre, de la que dice masturbaba a su nieto Lucio Antonio, para dormirlo. Además, la novela afirma que Cuesta, quien aparece con el seudónimo de “Andrés”, ha sido obnubilado por el éxito y la notoriedad; y en el mismo libro es acusado de haber querido violar a su cuñada, Isabel Marín” (Léthier en *Me cayó el veinte* 2003:78).

La portada la diseñó Diego Rivera, por encargo de la propia autora, a pesar de la escandalosa ruptura con el pintor, a causa de su unión con Frida Kahlo. El dibujo resultante es un cuerpo bicéfalo con las caras de Guadalupe e Isabel Marín, que llevan en sus manos una charola con la cabeza de Cuesta, y el hilo de sangre que escurre de ésta delinea las palabras *La única*.

Cuando Guadalupe Marín contaba con 87 años de edad, la productora de televisión Lucy Orozco le realizó una entrevista con la finalidad de publicar un libro cuyo título fue *Fama*, de la editorial Diana. La escritora Guadalupe Loaeza, el día 22 de julio de 2008 lo comentó en su columna editorial electrónica *Las niñas bien... ¿Abuelas bien?* Y retomó lo escrito por Orozco, donde afirmaba que una de las entrevistas que más disfrutó fue la que le hizo a Lupe Marín:

“Empezó a contar su experiencia matrimonial con Jorge Cuesta, Lupe sin dramatizar y sin recato, narró el episodio en el que el poeta se emasculó y le envió con una doméstica sus testículos en una charola. Contó Lupe que ella estaba lavando los trastes, que miró el contenido de la charola y se lo echó a los perros” (sic) (guadalupeloaeza.typepad.com/abuelas_bien/.../fama.html2008)

Años más tarde su hija, Guadalupe Marín, afirmará que la locura de Cuesta fue propiciada por los problemas que entre los dos se sucedieron ¿Locura a dos? Algunos biógrafos y el mismo Léthier compartirán esa opinión.

Léthier considera que esa publicación fue una puesta en escena que no correspondía a la verdad de los acontecimientos, según los testimonios de quienes conocieron y trataron de cerca a Jorge Cuesta.

Cuesta nunca trató sus asuntos personales en público, su vida privada fue muy independiente de su ejercicio literario, sus pasiones, amores y angustias no eran asunto que le gustara ventilar. En su vestir, sobrio y elegante, reflejaba la discreción y el respeto que le merecían su vida privada y los que le rodeaban en su círculo de relaciones más cercano.

Lo que llama la atención de un crítico de arte y literatura, como lo fue Cuesta, es que, aunque siempre defendió su obra ante la crítica, jamás lo hizo cuando ésta adquiría un matiz personal.

Los que lo conocieron lo describen como generoso, discreto, concentrado en sus actividades. Por ejemplo, Xavier Villaurrutia le habría llamado “el más triste de los alquimistas”; Alí Chumacero lo describió como “una imagen que se esfuma”; Luis Felipe habla de él como un “Arcángel”, un “ser “aéreo”, “irreal”; Luis Panabière, en su tesis lo define como un ser “a-normal”.

Es en 1938 que Cuesta publica una decena de sonetos en diversas revistas, e inicia la escritura del poema *Canto a un dios mineral*, considerado por los expertos, aritmética y literariamente bien elaborado:

Canto A Un Dios Mineral

Capto la seña de una mano, y veo
que hay una libertad en mi deseo;
ni dura ni reposa;
las nubes de su objeto el tiempo altera
como el agua la espuma prisionera
de la masa ondulosa.

Suspensa en el azul la seña, esclava
de la más leve onda, que socava
el orbe de su vuelo,
se suelta y abandona a que se ligue
su ocio al de la mirada que persigue
las corrientes del cielo.

Una mirada en abandono y viva,
si no una certidumbre pensativa,
atesora una duda;
su amor dilata en la pasión desierta
sueña en la soledad y está despierta
en la conciencia muda.

Sus ojos, errabundos y sumisos,
el hueco son, en que los fatuos rizos
de nubes y de frondas
se apoderan de un mármol de un instante
y esculpen la figura vacilante
que complace a las ondas.

La vista en el espacio difundida,
es el espacio mismo, y da cabida
vasto y nimio al suceso
que en las nubes se irisa y se desdora
e intacto, como cuando se evapora,
está en las ondas preso.
Es la vida allí estar, tan fijamente,
como la helada altura transparente
lo finge a cuanto sube
hasta el purpúreo límite que toca,
como si fuera un sueño de la roca,
la espuma de la nube.

Como si fuera un sueño, pues sujeta,
no escapa de la física que aprieta
en la roca la entraña,
la penetra con sangres minerales
y la entrega en la piel de los cristales
a la luz, que la daña.

No hay solidez que a tal prisión no ceda
aun la sombra más íntima que veda
un receloso seno
¡en vano!; pues al fuego no es inmune
que hace entrar en las carnes que desune
las lenguas del veneno.

A las nubes también el color tiñe,
túnicas tintas en el mal les ciñe,
las roe, las horada,
y a la crítica muestra, si las mira,
por qué al museo su ilusión retira
la escultura humillada.

Nada perdura, ¡oh, nubes!, ni descansa.
Cuando en un agua adormecida y mansa
un rostro se aventura,
igual retorna a sí del hondo viaje
y del lúcido abismo del paisaje
recobra su figura.

Íntegra la devuelve el limpio espejo,
ni otra, ni descompuesta en el reflejo
cuyas diáfanos redes
suspenden a la imagen submarina,
dentro del vidrio inmersa, que la ruina
detiene en sus paredes.

¡Qué eternidad parece que le fragua,
bajo esa tersa atmósfera de agua,
de un encanto el conjuro
en una isla a salvo de las horas,
áurea y serena al pie de las auroras
perennes del futuro!

Pero hiende también la imagen, leve,
del unido cristal en que se mueve
los átomos compactos:
se abren antes, se cierran detrás de ella
y absorben el origen y la huella
de sus nítidos actos.

Ay, que del agua el imantado centro
no fija al hielo que se cuaja adentro
las flores de su nado;
una onda se agita, y la estremece
en una onda más desaparece
su color congelado.

La transparencia a sí misma regresa
y expulsa a la ficción, aunque no cesa;
pues la memoria oprime
de la opaca materia que, a la orilla,
del agua en que la onda juega y brilla,
se entenebrece y gime.

La materia regresa a su costumbre.
Que del agua un relámpago deslumbre
o un sólido de humo
tenga en un cielo ilimitado y tenso
un instante a los ojos en suspenso,
no aplaza su consumo.
Obscuro perecer no la abandona
si sigue hacia una fulgurante zona
la imagen encantada.
Por dentro la ilusión no se rehace;
por dentro el ser sigue su ruina y yace
como si fuera nada.

Embriagarse en la magia y en el juego
de la áurea llama, y consumirse luego,
en la ficción conmueve
el alma de la arcilla sin contorno:
llora que pierde un venturero adorno
y que no se renueve.

Aun el llanto otras ondas arrebatan,
y atónitos los ojos se desatan
del plomo que acelera
el descenso sin voz a la agonía
y otra vez la mirada honda y vacía
flota errabunda fuera.

Con más encanto si más pronto muere,
el vivo engaño a la pasión se adhiere
y apresura a los ojos
náufragos en las ondas ellos mismos,
al borde a detener de los abismos
los flotantes despojos.

Signos extraños hurta la memoria,
para una muda y condenada historia,
y acaricia las huellas
como si oculta obcecación lograra,
a fuerza de tallar la sombra avara
recuperar estrellas.

La mirada a los aires se transporta,
pero es también vuelta hacia adentro, absorta,
el ser a quien rechaza
y en vano tras la onda tornadiza
confronta la visión que se desliza
con la visión que traza.

Y abatido se esconde, se concentra,
en sus recónditas cavernas entra
y ya libre en los muros
de la sombra interior de que es el dueño
suelta al nocturno paladar el sueño
sus sabores oscuros.

Cuevas innúmeras y endurecidas,
vastos depósitos de breves vidas,
guardan impenetrable
la materia sin luz y sin sonido
que aún no recoge el alma en su sentido
ni supone que hable.

¡Qué ruidos, qué rumores apagados
allí activan, sepultos y estrechados,
el hervor en el seno
convulso y sofocado por un mudo!
Y graba al rostro su rencor sañudo
y al lenguaje sereno.

Pero, ¡qué lejos de lo que es y vive
en el fondo aterrado y no recibe
las ondas todavía
que recogen, no más, la voz que aflora
de una agua móvil al rielar que dora
la vanidad del día!

El sueño, en sombras desasido, amarra
la nerviosa raíz, como una garra
contráctil o bien floja;
se hinca en el murmullo que la envuelve,
o en el humor que sorbe y que disuelve
un fijo extremo aloja.
Cómo pasma a la lengua blanda y gruesa,
y asciende un burbujear a la sorpresa
del sensible oleaje:
su espuma frágil las burbujas prende,
y las prueba, las une, las suspende
la creación del lenguaje.

El lenguaje es sabor que entrega al labio
la entraña abierta a un gusto extraño y sabio:
despierta en la garganta;
su espíritu aun espeso al aire brota
y en la líquida masa donde flota
siente el espacio y canta.

Multiplicada en los propicios ecos
que afuera afrontan otros vivos huecos
de semejantes bocas,
en su entraña ya vibra, densa y plena,
cuando allí late aún, y honda resuena
en las eternas rocas.

Oh, eternidad, oh, hueco azul, vibrante

en que la forma oculta y delirante
su vibración no apaga,
porque brilla en los muros permanentes
que labra y edifica transparentes,
la onda tortuosa y vaga.

Oh, eternidad, la muerte es la medida,
compás y azar de cada frágil vida,
la numera la Parca.
Y alzan tus muros las dispersas horas,
que distantes o próximas, sonoras
allí graban su marca.

Denso el silencio trague al negro, oscuro
rumor, como el sabor futuro
sólo la entraña guarde
y forme en sus recónditas moradas,
su sombra ceda formas alumbradas
a la palabra que arde.

No al oído que al antro se aproxima
que al banal espacio, por encima
del hondo laberinto
las voces intrincadas en sus vetas
originales vayan, más secretas
de otra boca al recinto.

A otra vida oye ser, y en un instante
la lejana se une al titubeante
latido de la entraña;
al instinto un amor llama a su objeto;
y afuera en vano un porvenir completo
la considera extraña.

El aire tenso y musical espera;
y eleva y fija la creciente esfera,
sonora, una mañana:
la forman ondas que juntó un sonido,
como en la flor y enjambre del oído
misteriosa campana.

Ése es el fruto que del tiempo es dueño;

en él la entraña su pavor, su sueño
y su labor termina.
El sabor que destila la tiniebla
es el propio sentido, que otros puebla
y el futuro domina.

Roland Léthier dice acerca de los poemas y sonetos de Cuesta, que han sido estudiados e interpretados puntualmente por diversas personas. Entre ellos, una joven universitaria francesa, Annick Allaigre-Dunny, quien realizó uno de los estudios más elaborados y precisos sobre la obra de Cuesta: La tesis *L'écriture poétique de Jorge Cuesta: les sonets*. En ella subraya el rigor formal de la escritura, considera que no es hermética ni delirante, por el contrario tiene métrica, sincronía y lógica en cada una de las palabras que escribe. Annick realizó un análisis minucioso de los últimos seis versos encontrados en el basurero del cuarto del hospital donde estuvo por última vez, y en ellos encontró un exquisito rigor literario.

3.3.2 LAS HOSPITALIZACIONES, CUESTA ABAJO

En septiembre de 1940, se agudiza el problema de hemorroides sangrantes y Cuesta teme que se trate de la transformación de su cuerpo en mujer, este es el motivo por el que su hermana Natalia decide llevarlo, con engaños, al consultorio del Dr. Lafora.

Pese a la carta que ya mencioné, en la que Cuesta establece qué fue lo que ocurrió en ese primer encuentro con Lafora —aunque no es seguro que haya sido leída por su destinatario—, se abrió un periodo de desafortunados acontecimientos para el poeta, pues tiempo después fue hospitalizado en tres ocasiones, en mayo y diciembre de 1941 y en abril de 1942.

Durante esos internamientos se le suministró cardiasol. En los años 30 y 40 administrar cardiasol en Europa era un método innovador; su propulsor fue Laslo Von Meduna, quien elaboraba el medicamento mediante un derivado de alcanfor, en los Estados Unidos, como metrazol. Esta sustancia produce convulsiones que inducen un estado depresivo en el paciente. Actualmente se sabe que no aporta ningún efecto positivo, y por eso dejó de usarse en el tratamiento de pacientes psiquiátricos.

Al ser medicado con esa sustancia Cuesta caía abatido por la depresión que se producía ante las convulsiones provocadas por el cardiasol. Fue bajo esos efectos, que en el mes de junio, estando en la tiña de baño, se provocó un daño importante en los testículos. Fue hallado por su ayudante de laboratorio Luis Arévalo, hospitalizado y emasculado por necesidad, lo que contradice lo dicho por su ex esposa cincuenta años después.

En julio, un mes después de ese episodio, fue internado nuevamente, rechazó la hospitalización y acto seguido se arrodilló, y con los brazos en cruz, comenzó a orar. El doce de agosto se ahorcó en su cuarto de hospital, y pese a que lograron reanimarlo, murió al día siguiente, 13 de agosto de 1942, misma fecha en que falleció su madre.

3.4 DIVERSOS DIAGNÓSTICOS SOBRE EL CASO

Léthier documenta sobre los diagnósticos de todo lo sucedido con Jorge Cuesta a partir de su primera consulta hasta el desenlace fatal. Existen diversas opiniones, comenzando por la que emite el Dr. Lafora y contraargumenta el mismo Cuesta en la carta ya mencionada.

En 1984, el Dr. Manuel Guevara estableció el siguiente diagnóstico: “Cuesta era un paranoico esquizofrénico, padecía complejo de persecución y de extensa ansiedad. Jorge tenía un concepto irreal de autoevaluación, que le producía dudas e inseguridades con sentimientos de inferioridad, compensados con delirios de grandeza.” (Silvester 1984:26-27). Sin duda un diagnóstico médico-psiquiátrico, que se deriva de una descripción de conductas y que no lleva a ninguna profundización en la descripción del caso en sí, y mucho menos a la comprensión del sujeto en sí.

Ejemplo de ese falso acercamiento a la comprensión de los hechos y el individuo, lo vemos en el 5º Congreso Mundial de Psiquiatría, llevado a cabo en 1971; Allí los doctores Héctor Pérez Rincón, Cesar Pérez de Francisco y Patricia Rodríguez del Instituto Nacional de Neurología de México emitieron el siguiente diagnóstico:

El poeta Cuesta, uno de los más brillantes de su generación, desarrolló a partir de la adolescencia un cuadro esquizofrénico que presentó dos periodos delirantes durante su vida.

- 1) Durante el segundo, abrumado por la idea obsesiva que marca su vida, se auto mutila (auto emasculación) muriendo por hemorragia aguda (sic): Las ideas fundamentales que dominan el cuadro mental y que se encuentran, sea veladas o sugeridas, sea de manera clara o la lo largo de su producción literaria, son: la obsesión del incesto, la aparición de tendencias homosexuales, la idea de muerte y, unida a ésta la mención del universo inanimado de la química, su profesión. Tratando de observar los cambios que la enfermedad opera en la obra, se han investigado once características temáticas del texto antes y después del periodo delirante: Narcisismo, transformaciones corporales, escatología, sexo, conciencia de enfermedad mental, escenas cruentas, uso de colores, alusiones a la muerte, mención de Dios, mención del demonio, estados crepusculares. (Panabière 1983:84)

Roland Léthier califica lo anterior como algo “francamente risible”, es como si de la “letra asignante” se tratara, dice, “tiene el tono de certidumbre sabia y se adorna de tal autoridad que todo debate queda excluido”. (Léthier en *Me cayó el veinte* 2003:88)

3.5 COMENTARIO DE CUESTA ACERCA DE *VIEJA Y NUEVA MORAL SEXUAL*, DE BERTRAND RUSSEL

En 1929, Bertrand Russel escribe su punto de vista acerca de la sexualidad en un libro titulado *Vieja y nueva moral sexual*, en ese texto analizó algunas instituciones y valores básicos de la sociedad como el matrimonio, la prostitución, la naturaleza del amor, la educación sexual, el divorcio y otros temas vinculados a la moralidad sexual.

Jorge Cuesta escribió un comentario de análisis sobre ese libro y lo publicó en la revista *Escala*, en noviembre de 1930. (Cuesta en *Me cayó el veinte* 2003:187). Consideró que hasta ese entonces se le había prestado poca atención al tema de la sexualidad en el terreno de la filosofía y la ciencia. "En lo general, antes no había sido objeto de un estudio deliberado". Se dice que tal anomalía se debió a las convenciones religiosas y morales que prohibían que esta cuestión se abordara, y a una aversión supersticiosa o natural.

Cuesta opina que más allá de los pretextos para abordar la cuestión, se debería considerar el sacrificio intelectual del espíritu. Cita a Russell:

En casi todas las sociedades prevalece, respecto del amor, una actitud muy curiosa. Tiene dos aspectos: de una parte el amor es el tema principal de la poesía, de la novela y el teatro; y de otra los sociólogos más serios lo ignoran por completo y no lo incluyen en sus planes de reforma política social. Opino que esta actitud no es justificable.

Acercas de estas ideas, Cuesta dice:

... el amor es una de las cosas más importantes en la vida humana y me parece malo todo sistema que coarta su desenvolvimiento libre. La relación sexual divorciada del amor, no puede aportar satisfacción profunda al instinto. [Y agrega que] nunca se pretendió que el instinto creara, bien sea la forma amorosa en la que se satisface, bien sean las formas sociales, morales, artísticas o religiosas donde se complica. [...] El instinto se satisface lo mismo en el acto sexual lícito que en el clandestino, puesto que es por naturaleza independiente de la conciencia moral [...] Ni la iglesia, ni el arte, ni la moral clásica pretendieron interpretar al instinto. Esta ha sido una necesidad perniciosa del protestantismo. (Cuesta en *Me cayó el veinte* 2003:189)

La voluntad contrariada produce una deformidad del instinto, ni el moralismo nuevo, ni el antiguo podrán sofocarlo, menos hacerlo apegarse a sus preceptos, no hay en el instinto libertad ni tradición

Tradición del instinto, libertad del instinto, son dos expresiones absurdas que se reflejan bien en su

disputa sobre la homosexualidad, donde uno de los dos extremos pide la estimación del valor moral de la conducta, condena al hombre por la pretendida deformación que hace del instinto y por otra ennobleciendo la supuesta libertad del instinto, que no de la libertad moral. (Cuesta en *Me cayó el veinte*, 2003:189)

Se cae en la esclavitud del instinto en el marco legal de la institución del matrimonio, que a su vez cumple con dos necesidades sociales: la económica y la religiosa.

Al intervenir el Estado en la vida del individuo, la fe y la familia dejan de cumplir con su finalidad religiosa y económica, entonces el Estado inventa el matrimonio por amor, una ilusión romántica que trata de ocultar la necesidad religiosa y económica flotante; ante ese panorama Jorge Cuesta anticipa: “lo que sucederá es un rotundo fracaso de la familia como institución.” (Cuesta en *Me cayó el veinte* 2003:190)

En la crítica que hace al texto de Russell, llega a la conclusión de que el mal de la sexualidad aparece cuando se condena su práctica: “Es producto del azar que un individuo satisfaga felizmente sus aspiraciones espirituales y sexuales dentro del matrimonio.” (Cuesta en *Me cayó el veinte* 2003:190).

Cuesta consideraba que

[...] el matrimonio tiene por deber el cumplimiento moral de las satisfacciones de la paternidad y de la clase de amor que le es propio. El matrimonio debe dejar que las aspiraciones sexuales encuentren su cumplimiento tan libremente como su fantasía las dirija, tanto antes del matrimonio como simultáneamente con él, emancipando moralmente también a las mujeres. (Cuesta en *Me cayó el veinte* 2003:189)

Lo contrario de esta conducta, según él, incentiva la prostitución, la doble moral, el desarrollo de enfermedades venéreas, aumento de divorcios, relajamiento de las costumbres por las relaciones clandestinas. Para evitar todo eso, Cuesta propone vencer la moral tradicional.

Lo paradójico de la historia es que, al final de su existencia, Jorge Cuesta sucumbe a “la violencia de la esclavitud del instinto bajo las restricciones públicas, morales y religiosas”, (Cuesta en *Me cayó el veinte* 2003:189) ocho años después de haber sostenido estas opiniones de vanguardia, tan contrarias a la época. Cuesta había leído a Sigmund Freud e incluso lo cita en el comentario que hace sobre el artículo de Bertrand Russell: “el relajamiento del espíritu que las investigaciones de Freud habrían revelado en toda su importancia” y agregaba su propia opinión: “el único medio de evitar la indecencia es

evitar el misterio”.

Cabe preguntar ¿qué se produce en Jorge Cuesta ante el ataque de su ex mujer, cuando hace público lo privado y desaparece el misterio de su vida amorosa?

Para él la libertad del espíritu estaba por encima de las cosas de la realidad, era una libertad metafísica. Consideraba que la inteligencia que se es fiel no procura reducir la distancia entre la libertad de la realidad y la única libertad moral, la del espíritu, que es metafísica. Procura mantener, en su fidelidad, la distancia entre ambas. La única libertad del espíritu es la metafísica y va de la mano con la inteligencia que es fiel a sí misma.

3.7 LA OBRA DE JORGE CUESTA PARALELA A SU VIDA PRIVADA

Jorge Huerta escribió un artículo titulado “De los secretos públicos. Acerca de la dilución de Jorge Cuesta”, (Huerta, 2003:169). En su ensayo resalta la contradicción que habita en Cuesta entre la libertad del espíritu y la libertad de la realidad, contrasta el silencio ante la publicación de su vida privada y su actitud como escritor crítico y combativo.

A lo largo de la vida de Cuesta se dan dos momentos decisivos que muestran su reacción ante la frágil línea que separa en él, lo privado de lo público: la publicación de *La antología de la poesía mexicana moderna*, y diez años después, la aparición de la novela autobiográfica de Guadalupe Marín *La única*.

En la revista *Examen* publica ensayos críticos sobre pintura, música, psicoanálisis y política. Por ejemplo, sobre el arte pictórico escribe acerca de “la pintura superficial”, considera que ese tipo de obra pone en el relieve de la superficie su mensaje, no requiere de interpretaciones, ni penetración de un enigma. “ [...] la obra de arte es esencialmente una exigencia, no un regalo [...] delante de cada cuadro nuestra pregunta debería de ser ¿Qué quiere el pintor de nosotros?” (Cuesta 2007:144, T. II)

En el terreno de la política escribe, entre otros, un trabajo que titula así: “Marx no era inteligente, ni científico, ni revolucionario, tampoco socialista, sino contrarrevolucionario y místico”. En ese artículo sostiene que la exposición más sistemática de la conciencia de Marx es *El capital*:

Es el ejemplo más extraordinario que conozco de la embriaguez producida y alimentada por la contemplación de sí. Las mil seiscientas páginas del libro son una monstruosa “afirmación de temperamento”: una tautología de proporciones gigantescas. Yo creo que en la historia de la humanidad es difícil encontrar una pasión como la de Marx, tan desenfrenadamente licenciosa, tan inescrupulosamente prefiriendo su propia satisfacción a la de los más elementales principios éticos del entendimiento. Su temperamento es genial para hacer de sus vicios una virtud y de su debilidad una fuerza.” (Cuesta 2007:326, T. II)

Otros trabajos que publicó sobre política fueron: “El plan contra Calles” (Cuesta, 2007:276, T. II); “Crítica de la reforma del artículo tercero” en 1934 (Cuesta, 2007:290, T. II) y “La política de la moral” (2007:156, T. II).

En *Examen*, publicó por etapas la novela de Rubén Salazar Mallen *Cariátide*, y eso provoca la censura, a raíz de la delación que hace el periódico *Excélsior*, acusándole de

“ofensas a la moral”, lo cuál produjo un juicio en contra del autor de la novela y el director de la revista. Finalmente se les absolvió.

Esta acusación no produjo un repliegue en su actitud crítica; por el contrario, le envió una carta al procurador de justicia de la ciudad de México acompañada de cinco ejemplares de la revista, y prometió publicar la novela en su totalidad. Sin embargo, se vio obligado a suspender la publicación de la revista. Tiempo después, en otro medio, dio a conocer la opinión que le merecía la persona que lo acusó y censuró, un tal Elguero: "El arte y la decencia del periodista Elguero. Cree el borracho que por andar muy firme oculta su borrachera. El Sr. Elguero, así encuentre en el anónimo más virtudes de las que su nombre soporta, no llevará el anónimo más vergüenza de la que a su nombre le falta. ¡Siempre será visible su borrachera!" (Cuesta 2007:167, T. II)

El acontecer de su época no le fue ajeno. Escribió y dio a conocer lo que pensaba acerca de la Segunda Guerra Mundial, y lo mismo hizo sobre la Revolución mexicana. En 1940, Cuesta consideraba que la Revolución ya estaba podrida, e invitaba a que los que se consideraran revolucionarios se alarmaran con seriedad. Como ejemplo de lo mucho que había de podrido en ella, cita las conductas de fraude, espionaje y delación de varios personajes políticos, entre ellos Vicente Lombardo Toledano. Por este motivo es perseguido, amenazado y golpeado.

3.8 EL SILENCIO COMO RESPUESTA A LA LOCURA DE DOS

La respuesta de Cuesta ante la agresión fue el silencio, jamás denunció el ataque ni volvió a expresar opinión alguna. Seis meses después, fue internado, por primera vez, en el “Manicomio general de la Castañeda”.

Jesús Martínez Malo dice acerca de eso que Cuesta había escrito y publicado todo lo que pensaba, ya no había secretos, ya los había confiado todos: “Mis secretos ya los confié. Ya no son secretos” (Cuesta 2007:519, T. II).

Cuesta resguardaba celosamente su vida privada: sus pasiones, su amor, su sexualidad, sus angustias, eran temas que solo abordaba en su correspondencia con los más cercanos. Por ejemplo, cuando se enamoró de Guadalupe Marín escribió en una de las cartas: “Te toco, te veo, te toco y te veo en mí. Yo **soy** de ti, fuera de ti **no soy**, déjame que me defienda de morirme...” (Cuesta 2007:234, T. III)

Para Cuesta, la pasión del amor es algo que no está en la superficie de lo que se muestra, en toda su obra no aparece referencia alguna a su relación con Lupe Marín. Esto queda sólo para él: “es algo que no puede ser puesto por escrito” (Quignard citado por Huerta en *Me cayó el veinte* 2003:178).

Jorge Huerta pone de relieve varias semejanzas entre Lupe y Cuesta, en lo escrito por Marín en *La única*, principalmente las referencias al cuerpo, la vida y las palabras de ambos, en los personajes de la novela: Marcela y Andrés:

a) En lo concerniente a los hijos, ambos se refieren con indiferencia al ejercicio de la maternidad y la paternidad. Al único hijo de ambos lo dejan al cuidado de la abuela paterna. Lupe Marín por su parte reconoce carecer del sentido de la maternidad; para ella tener un hijo y desearlo “es un caso entre mil, en la mayoría es un *faul*” (Marín 1938:240); no obstante, Cuesta se hace cargo de las hijas de Lupe mientras vivieron juntos, de 1928 a 1932, y aún después del divorcio, en 1934.

b) Apariencias corporales: Guadalupe Marín, se cree “más hombre que los hombres”, no conoce uno entre mil, ella que tuvo dos maridos, se sintió a su lado más hombre que ellos. Llega a escribir en su novela autobiográfica: “No sé por qué hay gentes a quienes doy impresión varonil [...] empiezo a creer que parezco hombre, con esta expresión tan dura” (Marín 1938:94).

Por otro lado, Cuesta escribe en la carta al Dr. Lafora: “[...] las hemorroides que me afligen desde hace diez y seis años me habían dado el temor de que se trata de una modificación anatómica, que tuviera caracteres de androginismo o de estado intersexual como se acostumbra llamarle.” (Cuesta 2007:194, T. III).

c) París, otro punto de encuentro y semejanzas. Así como Cuesta se relacionó con amigos cercanos a sus intereses intelectuales y literarios, Marín, en su novela autobiográfica escribe acerca de su estancia en la capital francesa, y establece un supuesto diálogo entre amigos relacionados con el arte surrealista, donde ella piensa que si supiera francés, le preguntaría al psicoanalista cómo interpretaría la conducta de Andrés.

d) Reclamo y acusación de incompetencia a los médicos que los han tratado. Marín en su novela escribe un “Discurso para ser gritado en los mercados”, y lo pone en boca de Marcela; al final de éste, dice lo siguiente:

De los ladrones profesionales, de los simplemente ladrones, las gentes se resguardan de que no se lleven sus cosas o su dinero, pero para ustedes (los médicos) no se esta prevenido, de ustedes se espera por el dinero que se llevan, una palabra que determine la enfermedad y no dicen nada y se llevan el dinero; perjudican al enfermo y a veces lo matan, y cuando el enfermo se da cuenta de su farsa, lo declaran loco. (Marín 1938:46)

Por su parte, Jorge Cuesta escribe a Lafora:

Me expresó usted que seguramente padecía yo de una inclinación homosexual reprimida, y que esta inclinación y su represión consiguiente eran causa de una manía u obsesión mental, que usted pretendió poner de manifiesto con sus preguntas, desde el principio del reconocimiento. [...] Sin hacerme un examen anatómico, usted calificó que la exposición de mi padecimiento y no mi padecimiento mismo, era lo que constituía mi enfermedad, la cual era una obsesión a manía (sic), y por consecuencia tenía un carácter nervioso o mental. Pues (juzgó usted), lo que yo pretendía era absurdo. (Cuesta 2007:194, T. III)

Jorge Huerta considera que el silencio del poeta, y su locura, son el resultado de haber visto descubierta su intimidad. Cita al editor francés Pascal Quignard, quien analiza la situación provocada por la publicación de *La única*, los efectos que se suceden cuando la vida secreta se vuelve pública y se traiciona, al tiempo que también se traiciona al amor y al propio lenguaje: “el lenguaje no es apropiado al amor, la pasión no puede ser publicada. Es lo impublicable”. (Quignard, citado por Huerta, 2003:178).

En la vida de Cuesta, y en su obra conocida, su amor y sus pasiones no son materia de escritura. El amor auténtico no se pregona, excluye el lenguaje y condena a los amantes al silencio, so pena de muerte. "... ese único intento de amor que es la vida, se acaba con la traición al hacerlo público", afirma Quignard.

Ante la publicación de *La única*, Jorge Cuesta reacciona enviando una carta a su hermana Natalia, en ella le escribe que le preocupan su hijo Lucio Antonio, su cuñado y sus sobrinos y su propia hermana; reconoce estar mucho más que medio loco de tanto pensar en ello. Pero no sólo eso, considera que la locura le ha devenido porque nadie le quiso prestar atención y porque "todo el mundo" (la gente que le rodeaba) le estuvo entregando a cada momento, "pero a fin de cuentas, yo mismo era quien me entregaba." (Cuesta 2007:227)

Huerta considera que el resultado de mezclar la vida de Marcela-Marín con Andrés-Cuesta, trajo como consecuencia la ebullición de dos vidas mezcladas en sus subjetividades; Cuesta, al no poder desmentir esa verdad, comenzó a diluirse en medio de esa ebullición: "las mujeres a quienes confiamos todo, nuestra desnudez, nuestra infancia, nuestra debilidad, un día nos matan [...] Esta confianza absurda constituye la más bella de las acciones, pero también la más peligrosa." (Quignard citado por Huerta, 2003:184).

CAPÍTULO IV

4.1 PSICOANÁLISIS Y LOCURA

Françoise Davoine, una psicoanalista de origen francés, ha dedicado gran parte de su vida al tratamiento y análisis de casos clasificados por la psiquiatría clásica como “psicóticos”; ha publicado diversos libros, entre ellos *La locura Wittgenstein y Madre loca*.

En *Madre loca* (Davoine 2001) establece mediante una forma literaria, a la manera del antiguo teatro de los griegos, la locura vista desde la medicalización y el psicoanálisis. En el psicoanálisis la posición *psí* es mucho más que una técnica, es una manera de ser con el paciente, la única que permite aprehender y entender una “existencia negativa” (Benedetti 1996, p. 23) o experiencia límite. El estudio del caso de Jorge Cuesta ilustra las consecuencias de un diagnóstico y tratamiento médico-psiquiátrico en la existencia de un individuo.

Para Davoine, la “existencia negativa” deviene de lo no verbalizado, ejemplo: Jorge Cuesta, al no ser escuchado, se ve en la necesidad de escribir su propia respuesta al Dr. Lafora. A través de la literatura comunica la experiencia inconsciente que atraviesa su cuerpo, se desarrolla en él una habilidad excepcional para leer el inconsciente y comprenderlo con lucidez.

Cabe destacar que Davoine considera la propuesta de Gaetano Benedetti para nombrar a la experiencia del individuo diagnosticado como esquizofrénico “existencia negativa”. Benedetti considera llamar así al modo de ser desintegrado, fragmentado, escindido del “yo”.

Françoise Davoine sostiene que “en algunas familias existen áreas de interacción donde faltan ciertas informaciones esenciales para la vida, zonas carentes de toda huella verbal, zonas permanentemente banalizadas, desrealizadas por manipulaciones inconscientes”. (Davoine 2001, p. 248). En la vida de la familia Cuesta Porte Petit, encontramos un rechazo hacia su familia de origen por parte del abuelo francés, desheredado, echado de su tierra y obligado a regresar a México con la familia que en ese país había formado. Recordemos que en 1881, Jean Porte Petit, su esposa, Filomena Trubel, y tres de sus hijos: Georges Adalberto, Michel y Natalia se van a Francia, con los padres de Jean; sin embargo, en 1885 se ven forzados a regresar a México. De esa época no hay información que nos permita precisar qué desató el regreso de la familia Porte Petit-Trubel.

Otro hecho que marcó el físico, la vida y obra de Jorge Cuesta fue la caída que le afectó un ojo, lo que provocó un sinfín de experiencias no habladas durante su infancia, que seguramente trató de explicarse, sin mayor eco. La “existencia negativa” proviene del cercenamiento de todo lenguaje. Lo innombrable de la experiencia. “Cuando la inteligencia de situaciones vitales es negada, resulta la sensación de no existir, de disolverse a través del otro, de volverse la cosa del pensamiento del otro.” (Davoine 2001, p. 249)

Otra situación límite que podemos observar en Cuesta, sucede ante la publicación de *La única*, hecho al que no dio respuesta, sin embargo, ordenó a su hermana Natalia no leer esa novela. Cuando el lenguaje amenaza hay que evitarlo. Ante la ansiedad provocada por lo siniestra que le resultó su biografía, viene la terapia de shock cardiasólico, internamiento psiquiátrico, para provocar en él un estado de olvido del pasado y de angustia permanente, hasta llevarlo al suicidio, aunado ese tratamiento químico a terapias de electroshocks a lo largo de sus últimos cuatro años de vida, que provocaron en él un estado continuo de desconfianza hacia todos los que le rodeaban.

El Dr. Lafora ejercía su poder de dominio y manipulación sobre sus pacientes sin dar oportunidad a la palabra de los mismos. Anticipa a su enfermo un diagnóstico que cierra cualquier relación dialógica. Provoca la transformación más aberrante del síntoma; en aras de una actitud “científica”, el médico se atrinchera en la ciencia parcial de su diagnóstico. Al respecto, Françoise Davoine nos dice: “los síntomas transforman de tal manera la identidad del sujeto que si no se observan con cuidado pueden confundirse con una alteración del sistema nervioso” (Davoine 2001, p. 250) En el caso de Cuesta, podemos observar como el Dr. Lafora establece que lo que le ocurre es el resultado de “una inclinación homosexual reprimida y que esa inclinación y su represión consiguiente era causa de una manía u obsesión mental que usted pretendió poner de manifiesto con sus preguntas, desde el principio del reconocimiento.” (Cuesta 1940/2007, p. 194). La prescripción que le sigue a ese diagnóstico es el internamiento en un hospital psiquiátrico. Como advierte Davoine: “el observador se deja llevar por determinaciones personales, no sólo inconscientes, sino también derivadas de su predisposición ideológica”.

Esa posición frente al otro, produce un efecto de rechazo a las interpretaciones que de sí mismo hace el paciente, las que, por muy delirantes que puedan parecer, son lo único que constituye un hilo conductor que permite sostener un trabajo terapéutico. Por el contrario, el juicio anticipado, por muy “científico” que se considere, resulta en una relación

fantasmal, inexistente.

En los casos de psicosis, “el psicoanálisis tiene una tendencia frecuente a volver al lecho de la psiquiatría. Le da una desmesurada importancia al diagnóstico e intenta corregir el síntoma prescribiendo medicamentos” (Davoine 2001, p. 253). Davoine considera que la medicalización en occidente es omnipresente, los síntomas son una expresión de supervivencia y no una enfermedad. El esfuerzo de algunos analistas, en encontrar la psicogénesis de los síntomas y la objetividad del cuadro diagnóstico obstaculiza “aceptar la experiencia psicótica como la obra por excelencia del paciente”, (Davoine 2001, p. 255) y no precisamente como resultado de su victimización.

La victimización de Cuesta inicia cuando se somete a la atención médica ofrecida por el Dr. Lafora, como resultado de la intervención de su hermana Natalia. El poeta, por su parte, al aceptar esa “ayuda” da la impresión de que las cosas mejorarán, nunca habían supuesto una mejoría más eficiente que ahora que sería “atendido” por el dispositivo psiquiátrico, medicalización e internamientos continuos.

Se dice que los suicidios se producen cuando todo va mejor [...]. En el momento de re-vivir la imposibilidad de existir se traduce por una necesidad irresistible de destruirlo todo, de hacer tangible la no-existencia con la esperanza de dominarla: La autodestrucción es un no-existir activo y por lo tanto animado de un soplo de existencia. (Davoine 2001, p. 258).

Figura que refleja con claridad la postura que adopta Jorge Cuesta al emascularse, y posteriormente permanece durante varias horas de rodillas y con los brazos en cruz. En un afán de estar mejor y trascender su propia angustia y sensación de inexistencia

4.2 LOS SIGNIFICANTES QUE PROLIFERAN EN EL ENTORNO DEL DIAGNOSTICADO

Para Deleuze poco importa el significado de lo que acontece al "paciente", siempre es significativo, y éste constituye una cadena de interpretaciones, signo que remite al signo y potencia el significante. Antes de la publicación de *La única*, Cuesta construye para sí una cadena de signos convertidos en significantes, que lo remiten incansablemente a la idea de transformación de sí, debido a las células enzimáticas hormonales derivadas del padecimiento de hemorroides.

A la publicación de *La única* se suma el encadenamiento de los signos construidos por Cuesta, y refuerzan el desenlace de su interpretación que le permiten llevar su vida a un "fincamino" del ostracismo social. Ante la incapacidad por cambiar el curso de la interpretación que hace de su vida, sucumbe a la impotencia del signo desterritorializado que le asalta por todas partes en la atmósfera deslizante de una novela que territorializa un aspecto de su vida íntima: el amor. El efecto devastador que produce en él asumirse como el principal actor de *La única*, se propaga como una red de significantes en el medio cultural e intelectual al que pertenece. En el texto *Mil mesetas*, los autores consideran que una situación delirante e interpretante de la realidad produce

... [un] régimen despótico paranoico: me atacan y me hacen sufrir, yo adivino sus intenciones, me anticipo, lo sabía desde siempre, incluso en mi potencia conservo todo el poder, me las pagarán. Un régimen de ese tipo no tiene nunca un final, está hecho para eso; la deuda infinita, en la que se es deudor y acreedor a la vez. (Deleuze y Guattari 2004, p. 118)

Sucesión de procesos finitos lineales, circulares y cerrado que da respuestas a exigencias humanitarias, médicas, psiquiátricas, jurídicas. En el caso de Cuesta encontramos querellas jurídicas y políticas que se suceden por su posición crítica ante lo que ocurría en ese entonces, por ejemplo, escribe un análisis crítico de la Revolución Mexicana; en ese texto sostiene que los ideales de la revolución se han perdido por gente como el Lic. Lombardo Toledano. Tiempo atrás se le enjuicia por la publicación de la revista *Examen* y se le obliga a cancelar dicha publicación, por sus acres críticas al sistema político. Ante esa posición crítica se le manda golpear y se le aísla del medio cultural y político. Las personas más cercanas a él lo desconocen, no se querella con nadie, guarda silencio y se aísla. No existe la intención de confrontar lo escrito sobre su persona, la interpretación posterior queda a cargo de su silencio y vergüenza ante los más cercanos, como su propia hermana. Se cumplirá así lo predicho años antes y declarado a Lupe Marín, de que

se volvería loco.

En tanto no se construye una semiótica de ruptura, de contestación y subjetivación de esa experiencia, Jorge Cuesta sigue en los mismos círculos sin marcar ningún tipo de ruptura, ni línea de fuga post significativa, por el contrario, se hunde en esa red de signos y significantes. El tratamiento que recibe por parte del aparato medico psiquiátrico produce, finalmente, el cierre de la cadena significativa al implantar en él, como paciente, el significativo de esquizofrénico.

CONCLUSIONES

El vocablo esquizofrenia en el campo del psicoanálisis no es preponderante, sin embargo produce efectos cuando éste se ubica del lado de la psiquiatría y la medicina. Como bien sabemos, el psicoanálisis no pretende eliminar los síntomas, sino descubrir su sentido. El psicoanálisis no es un simple ejercicio cognoscitivo, de comprensión intelectual, es la posibilidad de descubrimiento del sujeto del significante. Si un individuo presenta síntomas que son diagnosticados en el campo de la psiquiatría como *trastornos de la personalidad o esquizofrenia* tendrá un efecto directo en la red de signos del sujeto. Es un pretendido cientificismo el que hace que el psicoanálisis haga el juego a tales diagnósticos que lo colocan más del lado de la psiquiatría y la medicina (en tanto mecanismo ortopédico del yo).

Para evitar ese falso uso del psicoanálisis, es necesario desmontar el aparato ideológico que lo subordina a la medicina y la psiquiatría, esclareciendo el campo de la clínica psicoanalítica. Para ello nos vamos a remitir al texto *El inconsciente Freudiano y el nuestro* (Lacan 1964:25, sesión del 22 de enero de 1964), del seminario *Los fundamentos del psicoanálisis*. En tal texto Lacan considera que ha dedicado todos sus esfuerzos para revalorizar el principal instrumento del analista: *la palabra*. Se trata de una revalorización no filosófica sino, a la manera de los antiguos griegos, *propedéutica*. Se pregunta si el psicoanálisis es una ciencia o una esperanza de ciencia. Nos indica que los conceptos del cuerpo doctrinario del psicoanálisis son intrínsecamente difíciles de explicar y de hacerlos propios, de ahí la necesidad de una enseñanza preparatoria que permita el entendimiento más allá de la realidad que nos trasmite la teoría psicoanalítica. Difícilmente se puede entender un concepto en el campo del psicoanálisis si no es a partir de ir más allá de la realidad que lo trasmite. Lacan toma como referencia, para esclarecer esa dificultad, a Immanuel Kant quién, en su texto *Prolegómenos a toda metafísica del futuro*, (Kant 1978:91), indica la necesidad de justificar la imposibilidad de acceder al conocimiento de la verdad a través de la razón pura. En los *Prolegómenos*, Kant llega a la conclusión de que la verdad no sólo se obtiene a través de la razón pura, sino que, en muchas ocasiones, la verdad no aparece mediante la aplicación de los métodos científicos y lógicos del conocimiento.

Hay experiencias de la realidad que por su naturaleza son indefinibles, y Kant las asemeja a los enunciados que contienen una inviabilidad de orden racional (una aporía) y una

dificultad insuperable en los resultados explicativos del conocimiento.

En los *Prolegómenos...* Kant considera como “antinomia” a la dificultad derivada de la aplicación de la razón pura a la realidad, principalmente aquella que trata de explicar el origen del universo o cualquier otro conocimiento o hecho universal suprasensible, como el tiempo, el espacio, la simplicidad de las leyes de la naturaleza y la libertad humana. Para explicar esas experiencias o fenómenos, Kant va a recurrir a un aforismo, el *nómeno*, que define como aquellas experiencias distintas al *objeto en sí*, y se refiere a las categorías del entendimiento o *cosa en sí*, que refleja el límite de nuestra experiencia; por ello, considera Kant que la metafísica es imposible como ciencia. (Kant 1978:91).

Contrario a la explicación a través de la razón pura del *objeto en sí*, la explicación de la *cosa en sí* conlleva siempre una aporía, debido a la dificultad de dar cuenta de la *causa necesaria* de la experiencia humana, indica Lacan en el seminario citado; es esa la dificultad con la que nos enfrentamos al tratar de transmitir la experiencia analítica y los conceptos de su cuerpo doctrinario (como la pulsión, el inconsciente, la repetición, la transferencia, el sujeto, lo real, entre otros).

La *cosa en sí* nos llevará, por necesidad, a lo que Lacan, al igual que Kant, llamará la *causa necesaria* que subyace al *nómeno*. Lacan agrega en el seminario antes citado que la *causa necesaria* hace un efecto de ley; así la pulsión y el inconsciente, más que definirlos por su fuerza o dinamismo, habría que hacerlo por su *causa*, por aquello que hace agujero, *hiancia*.

La psiquiatría psicopatológica explica detalladamente los síntomas de las enfermedades, y describe una a una la conducta “anormal” de un individuo, la clasifica y le da nombres; sin embargo, por más que se empeñe en tratar de explicar todas las anomalías de la conducta le es prácticamente imposible explicar sus causas y sus diferentes manifestaciones en la conducta de un individuo concreto.

En el caso de los pacientes diagnosticados como esquizofrénicos hemos constatado que, a lo largo de los últimos cincuenta años, la medicina y la psiquiatría no han logrado establecer un acuerdo acerca de lo que significa ese concepto. El mismo Eugen Bleuler advertía, hace más de cien años, que dicho vocablo dejaba más dudas que respuestas, y utiliza el nombre de esquizofrenia advirtiendo que no era lo más apropiado para definir una serie de síntomas muy cambiantes, incluso en un mismo individuo.

En la actualidad tenemos noticias de que la Organización Mundial de la Salud y la Asociación Norteamericana de Psiquiatría valoran la posibilidad de eliminar de sus manuales de diagnóstico ese concepto.⁴

En el caso de Jorge Cuesta encontramos, a lo largo de su existencia, una serie de constantes que, finalmente, se verán reflejadas en su poema autobiográfico *Canto a un dios mineral*: la caída que sufre de manos de su nana antes de cumplir un año de vida, el apodo que tendrá durante toda su infancia, la dificultad para explicar su condición familiar como inmigrantes franco-españoles, su incursión en la química y su mezcolanza con la política; su pasión por las letras y su relación con el grupo de los Contemporáneos y consecuente relación con Diego Rivera y Guadalupe Marín, el enamoramiento y matrimonio con ella, la ruptura y el enfrentamiento intelectual y político entre todos ellos. Finalmente la locura, Cuesta y su desenlace fatal.

Durante su vida, Jorge Cuesta, tuvo una extensa comunicación epistolar, con las personas más cercanas, y solía ser muy distinta a la escritura de sus ensayos y análisis literarios y políticos. Atento a su época, con un razonamiento lógico, escribe para definir su punto de vista sobre las artes, la pintura, la poesía, y el mundo cultural y político del México post revolucionario. Sin embargo, cuando de su vida amorosa y privada se trataba, su escritura y su poesía se convertía en una exposición performativa de su propia existencia.

El lenguaje aparece como performativo en la vida del poeta, las palabras en él tienen el peso de la verdad de sus propios significantes. Si tratamos de explicar la conducta con el lenguaje científico, que remite a signos preestablecidos en un sistema cerrado, es muy probable que nos extraviemos en la búsqueda de la verdad del sujeto. Y, a propósito del abismo que se abre entre el lenguaje de la ciencia y el lenguaje de lo humano, Nietzsche indica lo siguiente:

[...] a partir de Copérnico, ha desaparecido la fe en la dignidad, singularidad, insustituibilidad humanas dentro de la escala jerárquica de los seres, el hombre se ha convertido en un animal, animal sin metáforas, restricciones ni reservas, él, que en su fe anterior era casi Dios ([hijo de Dios], [hombre Dios]) [...] a partir de Copérnico el hombre parece haber caído en un plano inclinado, rueda cada vez más rápido, alejándose del punto central... Toda ciencia tiende a disuadir al hombre del aprecio en que hasta ahora se tenía a sí mismo (Nietzsche 1975:178)

⁴ www.psych.org/mainmenu/research/dmiv/dsmivtr.aspx

La ciencia médica, a lo largo del siglo XX, profundiza su alejamiento de la experiencia humana mediante la clasificación exhaustiva de las conductas humanas. Los conceptos que definen las enfermedades mentales hacen del paciente un sujeto sujetado por el lenguaje de la ciencia: “más poderoso que la tradición metafísica y religiosa, más difícil de combatir que las universidades y las iglesias, era el lenguaje” (Lefebvre 1972:32). “Las palabras nos estorban el paso ahora, en todo conocimiento, hay que tropezar contra palabras duras como piedras; primero se rompe una pierna que una palabra.” (Nietzsche citado por Lefebvre 1972:32).

G. Deleuze y F. Guattari (2004) llamarán regímenes de signos a toda formalización de una expresión específica (lingüística) cristalizada en una semiótica establecida. La comunidad de un régimen de signos, compuesto de contenidos y expresión de un agenciamiento generalmente invisible, pero no por ello menos eficaz: la palabra y el concepto. La expresión lingüística no es autónoma; aunque aparezca como *significante*, depende de esa *causa*, de la *cosa en sí*.

Para Deleuze y Guattari el estudio del régimen *significante* confirma lo inadecuado de los presupuestos lingüísticos y de los sistemas médicos psiquiátricos del campo *psi*, la fórmula del régimen *significante del signo* es la siguiente: el símbolo hace referencia al signo hasta el infinito; desterritorialización, signo que constituye una red sin principio ni fin: haciendo un *significado* que hace de *engaño* (médium o pared). Ahí los contenidos se hacen amorfos y se disuelven. El contenido constituye una “abstracción”, ejemplo de esto son las descripciones psiquiátricas, o como dice Levi-Strauss en su obra *Sociología y Antropología*: “el mundo ha comenzado significando antes de que se sepa lo que significaba, el significado está implícito, pero no por ello es conocido.” (Lévi-Strauss citado por Deleuze y Guattari 2004:118)

La medicina y la psiquiatría en la actualidad siguen llamando “esquizofrénico” a aquel al que se le niegan sus significantes y su palabra deja de tener el peso (para el otro) de la *cosa en sí*. El excluido es aquel que pierde su rostro ante el poder interpretante.

Michel Foucault sostuvo en repetidas ocasiones que la psiquiatría, y en general la medicina, se adelantan a medicar a esas personas, considerando que no tienen más que decir; llenan ese vacío con múltiples saberes normativizados. Ese vacío se llena con el diagnóstico y la explicación detallada de cada una de las conductas llamadas “síntomas de la enfermedad”. En el texto de *Mil mesetas, Capitalismo y Esquizofrenia* (2004),

Deleuze y Guattari consideran que:

La interpretación es darle significado a un grupo de signos y hacerlo como conocible: se hace una abstracción de contenido dándole una nueva forma; se añade un eje paradigmático al sintagmático. La interpretación se prolonga hasta el infinito y no hay nada que interpretar que no sea de por sí una interpretación. En el psicoanálisis, mal llamado así por algunos practicantes de las psicoterapias, se trabaja con la interpretación hasta el infinito; reproduce y produce significante. La interpretación más aplastante, la más radical es el silencio, deja al sujeto que salte de un círculo del infierno al otro. La significancia y la interpretosis son las dos enfermedades de la piel o de la tierra es la Neurosis de base. (Deleuze y Guattari, 2004:120)

El peso del significante esquizofrenia, después de cien años de uso en los sistemas semióticos de diversas culturas, ha hecho de ese vocablo un instrumento que determina la atención médica y psicológica de los pacientes que son diagnosticados de esa forma, tanto para las personas que son hospitalizadas como para aquellas que reciben un tratamiento ambulatorio. Ese diagnóstico hace las veces de “rostromáscara” del individuo o lo que llaman Deleuze y Guattari con el neologismo la *rostridad (visageté)*, es decir la redundancia formal del significante en la sobreinterpretación del signo.

El vocablo esquizofrenia lo hemos tomado en el sentido de *significante* en el campo de la lingüística saussuriana, ya que es el simple concepto el que produce un sentido determinante en el tratamiento y efectos del individuo.

Bernard Casanova, como indicamos, hace una revisión crítica del ejercicio de la clínica psiquiátrica en el campo del psicoanálisis; se podría decir que es más una protesta y toma de posición ante la práctica inadecuada de cierto ejercicio psicoanalítico, de sus desviaciones.

El texto de Casanova pone los puntos sobre las íes en el problema que a Cuesta le costó la vida: al ser atendido por un médico psiquiatra nunca fue verdaderamente escuchado. El Dr. Gonzalo Lafora, quién realizó su diagnóstico psicopatológico apoyado en conceptos extraídos de la psiquiatría y la teoría freudiana, en realidad, no le puso mayor atención a “lo dicho” por su paciente, sólo se adelantó en dar un punto de vista nosológico acerca de lo que le ocurría (sin importarle “la queja del paciente”). Lo ubicó (como bien dice Casanova) del lado de los locos y se escurrió él mismo de ese lugar.

Desde el lugar del “no loco”, ya nada se mueve, nada se hace, es suficiente con describir lo que se ve. Sólo hay binario cuerpo y alma enfermos, la psicogénesis es lo único

importante, de ahí el realce de lo contado como historia de vida a la manera de una novela por la ex mujer de Cuesta en la novela “La única”. La clasificación apoyada por el mismo Freud permitirá a Lafora situar a Cuesta del otro lado (Casanova, 1998:109), encasillarlo en cuadro nosológico de “esquizofrenia derivada de una homosexualidad reprimida...”. (Léthier, 2003:87).

Como bien describe Bernard Casanova, al Dr. Lafora le ocurre lo que a muchos psiquiatras, tienen ya todo bien cocinado desde el momento en que recibe como paciente a Jorge Cuesta. Si la familia del poeta lo lleva a consulta para que “arregle las cosas”, es porque efectivamente Lafora ya está prevenido y sobre avisado, por ello sólo se limitará a dar su punto de vista nosológico y administrar los medicamentos recién inventados para eliminar las conductas psicopatológicas, sin haber nunca valorado los efectos destructivos de los mismos, como efectivamente ocurrió a la postre. No hay en ese encuentro el rescate de ningún significante, a pesar de la protesta airada de Cuesta. Lo dicho por el poeta nunca es tomado en cuenta.

Y, como ya indicamos, ese malentendido será trágico por sus consecuencias. (Casanova, 1998:115).

La enseñanza que nos vemos obligados a registrar nace de la pregunta ¿Es en el campo psicoanalítico donde debemos atender y entender la locura, incluso la nuestra? ¿Qué enseñanzas nos deja el caso Jorge Cuesta y su trágico final?

Desde nuestra lectura, un síntoma es analizable siempre y cuando se cumpla con una condición necesaria: que el analista se acerque a lo dicho por el analizante. En el caso de Cuesta la nosología psiquiátrica sólo sirvió para controlar y tratar de modificar su conducta. En tanto psicopatológico, el modelo epistémico del Dr. Lafora, no podía sino alejarse de lo dicho por Cuesta (como se aprecia en la carta que le dirige y aquí estudiamos).

Lafora hace una amalgama de la teoría psicoanalítica con el modelo epistémico de la medicina y la psiquiatría, dando por consecuencia el borramiento del sujeto (Cuesta), el cual es opacado por el individuo que es sometido y controlado por un diagnóstico nosológico y un arsenal de medicamentos. El método de clasificación psiquiátrica es un camino alejado del encuentro con el sujeto, el trayecto que sigue lo hace antagónico del psicoanálisis, aunque la nosología trate de ser lógica, perceptible y natural. En el tratamiento psiquiátrico que se administra a Jorge Cuesta, y la poca atención verdadera

que le proporciona el médico tratante, encontramos el fracaso y la negación del sujeto.

Tal y como indica Tamayo (2010), en el psicoanálisis se trata estrictamente de lo contrario:

“El psicoanálisis es una investigación del analizante sobre sí mismo ante otro, la cual lo conduce a modificar la propia vida y, en algún caso gracias a realizar un largo y pesado camino, a constituirse como analista.

Es evidente que en el modelo epistémico del psicoanálisis la clasificación, la re-nominación propia de la nosología psiquiátrica, pasa a segundo plano, se revela absurda, innecesaria. ¿Para qué querría saber el analizante a que categoría de entes pertenece (y, además, según quién)? ¿Para qué habría de ponerse otro nombre cuando el suyo se encuentra ya suficientemente “cargado de significación”?

El analizante, el agente del acto analítico, no hace nosología psiquiátrica... ¿y su analista? Tampoco. El analista, según indica Freud en sus “Consejos al médico” (Freud, S. 1976r:114) y Lacan en el seminario *L’acte psychanalytique* (Lacan, J.:1968), no piensa en el momento de su operación. El analista no clasifica a sus pacientes sino que soporta su transferencia, lo cual ya es bastante. El analista no está ahí para clasificar sino para posibilitar que aparezca lo que el nombre propio del analizante porta. Esta para olvidar. (Allouch, J.:1998). Esa es su tarea. Es por todo esto que no podemos sino hacer acuerdo con la tesis de Bernard Casanova: “no hay sintomatología psicoanalítica” e incluso radicalizarla un poco: “no hay psicopatología psicoanalítica”. (Tamayo, L., 2010).

Al final de sus días Cuesta hace evidente ese alejamiento de sí, ante la imposibilidad de analizarse, cuando le escribe a su hermana Natalia y le dice como se ha ido entregando (muriendo) a cada paso a los demás, en la búsqueda de sí:

“Mi angustia no es por mí, sino por ustedes en primer lugar, incluyendo entre ustedes a Lucio Antonio, a los hijos de Juan y a los tuyos. Es cierto que ya estoy medio loco si no es que mucho más, de tanto pensar en ello. Pero no es una locura mía haber estado presenciando lo que ocurre desde hace poco más de dos años. *Y la locura me ha venido de que no sólo nadie me quiso prestar atención*⁵, sino de que casi todo el mundo sin tener conciencia de ello o teniéndola, me estuvo entregando a cada momento. Pero en fin de cuentas yo mismo era quien se entregaba”. (Cuesta, J. t. III, 2000:227)

Este fragmento de la carta escrita por Jorge Cuesta a su hermana Natalia nos muestra como, en su caso, la transferencia psicótica (Tamayo L., 2010) buscó hacer lazo social y fracasó. Como lo muestra el fatal desenlace de la vida de éste Poeta, nunca se le puso “atención”. Aceptó ser atendido por el Dr. Lafora, sin embargo, éste hace de Cuesta una cosa, una entidad nosológica que habría de ser medicada. No termino este ensayo sin referir antes el epitafio que, al gran poeta Jorge Cuesta dedicó el Maestro Villaurrutia:

⁵ Las cursivas son mías.

A Jorge Cuesta

I

Agucé la razón
tanto, que oscura
fue para los demás
mi vida, mi pasión
y mi locura.
Dicen que he muerto.
No moriré jamás:
¡estoy despierto!

II

Duerme aquí, silencioso e ignorado
El que en vida vivió mil y una muertes.
Nada quieras saber de mi pasado.
Despertar es morir. ¡No me despiertes!

Xavier Villaurrutia

APENDICE

RESUMEN BIOGRÁFICO DE JORGE CUESTA PORTE PETIT

- 1903 23 de septiembre. Nace en Córdoba, Veracruz, Méx.
- 1904 Cae de los brazos de la nana, y se pega con el filo del lavamanos en el párpado izquierdo.
- 1912 Es operado del párpado izquierdo, para evitar el constante lagrimeo.
- 1917 Escribe sus primeros textos.
- 1921 Estudia ingeniería química en la Universidad de México.
- 1924 Pertenece a un grupo de escritores que se auto nombran “El grupo sin grupo”, conocido en el mundo de la literatura como “Los contemporáneos”, con Xavier Villaurrutia, Gilberto Owen, Salvador Novo, y otros.
- 1924 Conoce a Guadalupe Marín en casa de Diego Rivera, su esposo hasta entonces.
Padecimiento de hemorroides.
Termina la carrera de Ingeniero Químico.
Publica *La resurrección de don Francisco*.
- 1926 Trabaja en el ingenio azucarero de su padre y poco tiempo después regresa a la Cd. de México, ante una supuesta enfermedad.
- 1927 Se enamora de Lupe Marín.

Sufre fuertes dolores de cabeza que atribuye a un mal hipofisario, por ello anticipa “su locura” a Lupe Marín, la cual aparecerá hacia los 35 años. Publicación de *La Diegada*, poemas virulentos escritos por Salvador Novo en respuesta a un mural que pintó Diego Rivera en la Secretaría de Educación Pública, en él ataca a *Los Contemporáneos*; entre otras cosas dice:

“Dejemos a Diego que Rusia registre,
dejemos a Diego que el dedo se chupe,
vengamos a Jorge, que lápiz en ristre,
en tanto, ministre sus jugos a Lupe...”

- 1928 Viaja a París, y pocos meses después regresa a México, desembarcando en el puerto de Veracruz.
- 1928 Prologa la *Antología de la Poesía Mexicana Moderna*, Ed. Cultura México. Esto provoca ataques a su persona por los poetas que dejó fuera de la antología.
- 1929 A principios de ese año se casa con Lupe Marín, quien se había separado de Diego Rivera, y se hace cargo de sus dos hijas. Se van a vivir a “El potrero”, en la hacienda de sus padres. En junio, Lupe queda embarazada. Por su parte, el 21 de agosto, Diego Rivera se casa con Frida Kahlo.
- 1930 Después de un complicado embarazo, nace Lucio Antonio Cuesta Marín, el viernes 13 de marzo
- 1932 Funda la revista *Examen* con el apoyo de la

SEP.

Es reconocido como ensayista, crítico y poeta. Publica unos fragmentos de la novela *Cariátide* de Rubén Salazar Mallen. Son demandados por por faltas a la moral pública. Se suspende la publicación de la revista.

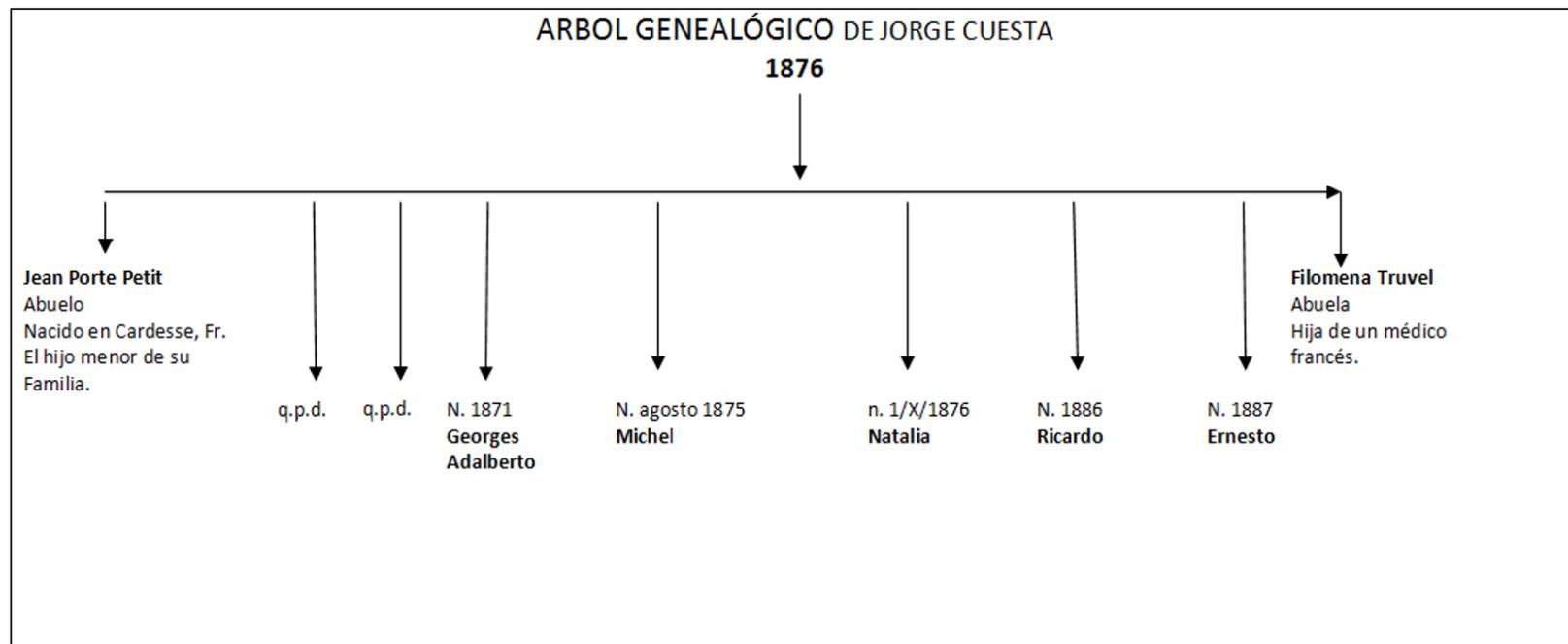
- 1932 Separación de Lupe Marín, su hijo queda bajo la custodia de la abuela paterna.
- 1936 Jorge Cuesta trabaja en el Dpto. de Alcoholes en la Secretaría de Hacienda Federal en la Cd. de México. Es nombrado Jefe de la Sociedad Nacional de Productores de Alcohol, puesto que desempeñará hasta su muerte.
- 1938 Año de intensa actividad literaria y científica. Publica más de una decena de sonetos, considerados como herméticos. Inicia la escritura de *Canto a un dios mineral*. Realiza y publica diversas investigaciones. Investiga acerca del tratamiento contra el cáncer. Investiga y publica sobre la reutilización del aceite automotriz.
- 1938 Guadalupe Marín publica la novela *La única*
- 1940 Septiembre. Consulta, por primera vez, al Dr. Lafora. El 19 de septiembre le escribe una carta en la que expone sus puntos de vista acerca de lo que él considera que **es** su padecimiento.
- 1941 Muere su madre.
28 de mayo al 14 de julio, primer internamiento.

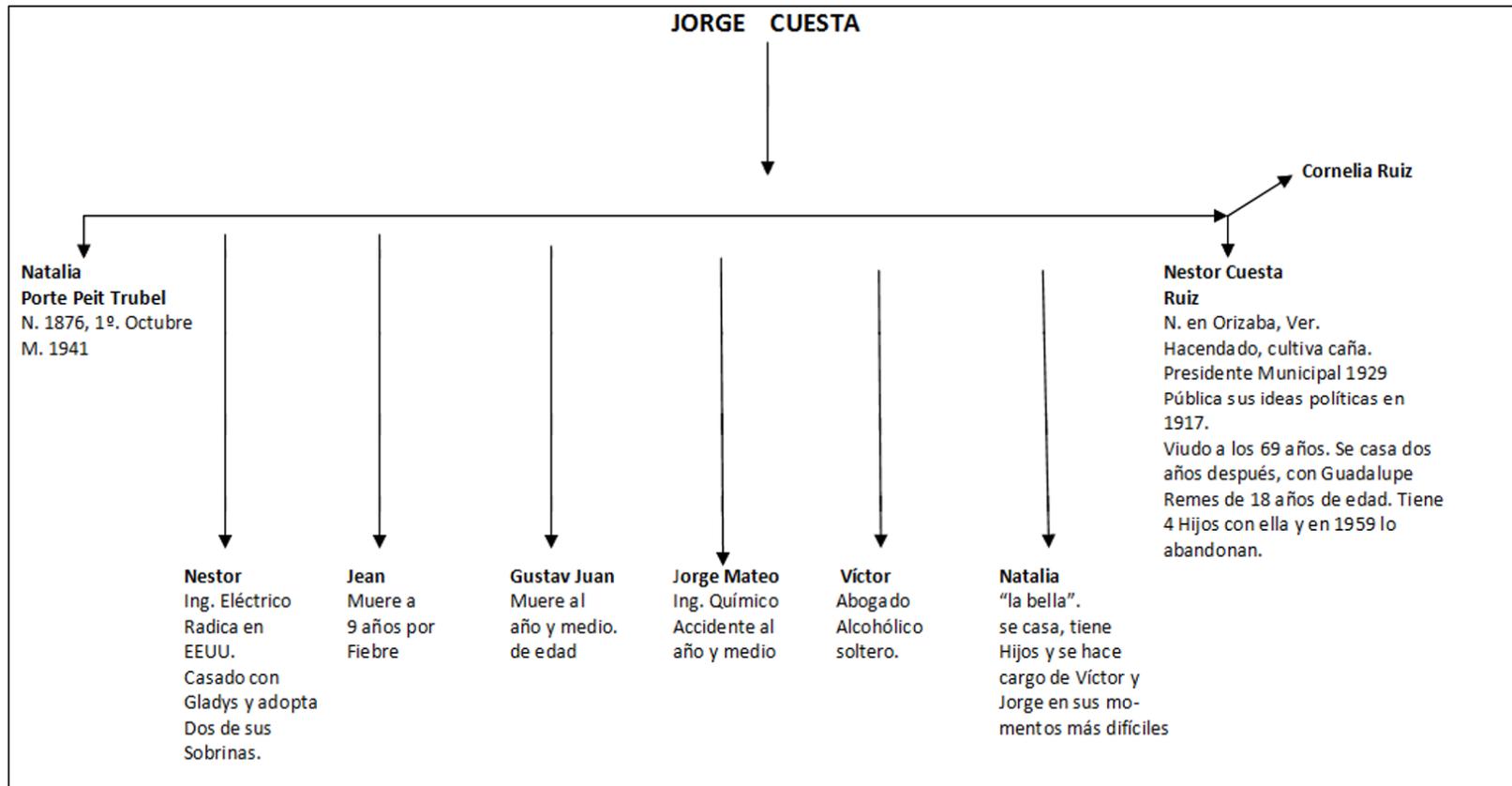
Diciembre, segunda hospitalización.

1942

En abril es internado por tercera vez, y tratado con Cardiasol. En junio se clava un objeto puntiagudo en los testículos; es hospitalizado y emasculado.

Julio: vuelve a ser internado en el hospital psiquiátrico, se opone a ser hospitalizado y escribe las últimas estrofas de *Canto a un dios mineral*. El 11 de agosto se ahorca en su cuarto de hospital, es reanimado, pero el 13 de agosto muere a las tres con veinticinco horas de la tarde. El mismo día, fallece su abuela paterna, Cornelia Ruiz de Cuesta motivo por el cual su padre no asiste a su sepelio.





Bibliografía

- Abraham T. (2003). *El último Foucault*. Buenos Aires: Sudamericana.
- Aguad, B. (1999). La historia de la sexualidad, una escritura revoltosa. *Revista Littoral*, 28. Córdoba: Edelp.
- Allaigre-Dunny, A. (2003). Jorge Cuesta y la traducción: entre un acercamiento crítico y creación poética. *Revista de psicoanálisis me cayó el veinte*, 8. México: Me cayó el veinte.
- Allouch, J. (1990). Una mujer debió callarlo. *Revista Littoral*, 9. Córdoba: La Torre Abolida.
- Allouch, J. (1993). *Letra por letra*. Buenos Aires: Edelp.
- Allouch, J. (1995). Necrología de una "ciencia judía". *Revista Littoral*, 20. Córdoba: Edelp.
- Allouch, J. (1995). *Marguerite, Lacan la llamaba Aimée*. México: Epele.
- Allouch, J. (1998). *Intolerable Tú eres esto*. *Revista Littoral*, 25-26. Córdoba: Edelp.
- Allouch, J. (1999). *El doble crimen de las hermanas Papin*. México: Epèle.
- Anzieu, D. (1987). *El autoanálisis de Freud y el descubrimiento del psicoanálisis*, T. 2. México, D.F.: Siglo XXI.
- Assandri, J. (1975). El arte de la injuria. *Revista Littoral*, 33. México: Edelp.
- Desclée de B. (1975). *Biblia de Jerusalem*. Bilbao: Española Desclée de Brouwer, S. A.
- Borges, J. L. (2006). *Ficciones, La Biblioteca de Babel*. Madrid: Alianza Editorial.
- Bréhier, E. (1988). *Historia de la filosofía*, T. I y II. Madrid: Tecnos.
- Capurro, R. (1996). Un lugar marcado. *Revista Littoral*, 21. Córdoba: Edelp.
- Capurro, R. (1999). *Del Sexo y su sombra*. México: Epele.
- Capurro, R. (2000). El artificio erotológico de Augusto Comte. *Revista de psicoanálisis Me cayó el veinte*, 2. México: Epele.
- Casanova, B. (1998). Estallidos de clínica. *Revista Littoral* 25-26. Córdoba: Edelp.
- CIE-10. (1992). *Clasificación internacional de trastornos mentales, Criterios de la Organización Mundial de la Salud*. Madrid: OMS
- Contreras, R. (1998). *Camile: La locura incomprendida*. Querétaro: Tesis de Maestría no publicada, Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Querétaro.
- Cuesta, J. (2007). *Obras Completas, Vols. I, II, III y IV*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Cuesta, J. (2003). Una teoría sexual: Bertrand Russell (1930). *Revista de psicoanálisis me cayó el veinte*, 8. México: Me cayó el veinte.
- Daquin, J. (1996). *La filosofía de la locura*. Querétaro: Universidad Autónoma de Querétaro.

- Deleuze, G. (1997). *Crítica y clínica*. Barcelona: Anagrama.
- Deleuze, G. y Guattari, F. (2004). *Mil mesetas, Capitalismo y Esquizofrenia*. Madrid: Pre-textos.
- Davoine, F. (2001). *Madre Loca*. México: Círculo Psicoanalítico Mexicano.
- DSM-IV (1996). *Manual de Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales, revisado*. Barcelona: Universidad de Barcelona.
- Dufour, D. R. (2005). *Lacan y el espejo sofiánico de Boehme*. Querétaro: Fundap.
- Dufour, D. R. (2002). *Locura y democracia*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (1986). *Historia de la Locura en la época clásica, vols. I y II*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (2000). *Vigilar y Castigar*. México: Siglo XXI.
- Foucault, M. (2002). *Historia de la sexualidad Vols. 1y 2*. México: Siglo XXI.
- Foucault, M. (2004). *Las palabras y las cosas*. México: Siglo XXI.
- Foucault, M. (2005). *El poder psiquiátrico*. Madrid: Akal.
- Foucault, M. y Deleuze, G. (2005). *Theatrum Philosophicum*. Barcelona: Anagrama.
- Freud, S. (1976a). *Prólogo y notas de la traducción de J. M. Charcot, Leçon du mardi de la Salpêtrière (1887-1888) (1892-1894)*. *Obras Completas*, Vol. I. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Freud, S. (1976b). *Prólogo y notas de la traducción de J. M. Charcot, Leçon du mardi de la Salpêtrière (1887-1888) (1892-1894)*. *Obras Completas*, Vol. I. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Freud, S. (1976c). *Prólogo y notas de la traducción de J. M. Charcot, Leçon du mardi de la Salpêtrière (1887-1888) (1892-1894)*. *Obras Completas*, Vol. I. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Freud, S. (1976d). *Prólogo y notas de la traducción de J. M. Charcot, Leçon du mardi de la Salpêtrière (1887-1888) (1892-1894)*. *Obras Completas*, Vol. I. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Freud, S. (1976e). *Estudios sobre la histeria (1893-1895)*. *Obras Completas*, Vol. II. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Freud, S. (1976f). *Estudios sobre la histeria (1893-1895)*. *Obras Completas*, Vol. II. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Freud, S. (1976g). *Estudios sobre la histeria (1893-1895)*. *Obras Completas*, Vol. II. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Freud, S. (1976h). *Estudios sobre la histeria (1893-1895)*. *Obras Completas*, Vol. II. Buenos Aires: Amorrortu editores.

- Freud, S. (1976i). *Estudios sobre la histeria (1893-1895)*. *Obras Completas*, Vol. II. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Freud, S. (1976j). *Estudios sobre la histeria (1893-1895)*. *Obras Completas*, Vol. II. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Freud, S. (1976k). *La indagatoria forense y el psicoanálisis (1906)*. *Obras Completas*, Vol. IX. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Freud, S. (1976l). *La indagatoria forense y el psicoanálisis (1906)*. *Obras Completas*, Vol. IX. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Freud, S. (1976m). *Sobre la iniciación del tratamiento (1913)*. *Obras Completas*, Vol. XII. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Freud, S. (1976n). *Conferencias de introducción al psicoanálisis (1916)*. *Obras Completas*, Vol. XVI. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Freud, S. (1976o). *Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis, conferencia 34 (1933)*. *Obras Completas*, Vol. XXII. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Freud, S. (1976p). *Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis, conferencia 34 (1933)*. *Obras Completas*, Vol. XXII. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Freud, S. (1976q). *Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis, conferencia 34 (1933)*. *Obras Completas*, Vol. XXII. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Freud-Fliess. (1988). Carta del 6 de febrero de 1899. *Correspondencia*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Garrido, Patricia. (2008). Seminario *Pulsión y el pensamiento del afuera*, manuscrito no publicado.
- Huerta, J. (2003). De secretos públicos. Acerca de la dilución de Jorge Cuesta. *Revista de psicoanálisis Me cayó el veinte*, 8. México: Me cayó el veinte.
- Kant, E. (1978). *Prolegómenos a toda metafísica del porvenir*. México: Porrúa.
- Lacan, J. (2004). *Los escritos técnicos de Freud (1954)*, Seminario. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1979). *De la psicosis paranoica en sus relaciones con la personalidad*. México: Siglo XXI.
- Lacan, J. (1983). *El acto psicoanalítico (1967-1968)*, Seminario. Buenos Aires: Escuela Freudiana de la Argentina.
- Lacan, J. (1984). *Escritos Técnicos 1 y 2 (1958)*. México, D.F. Siglo XXI.
- Lacan, J. (1995). *La ética del psicoanálisis (1959-1960)*, Seminario. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1999). *El reverso del psicoanálisis (1969)*, Seminario. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (2001). *El yo en la teoría de Freud y en la técnica psicoanalítica (1954)*, Seminario. Buenos Aires: Paidós.

- Lacan, J. (2003). *Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis (1964)*, Seminario. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (2004). *Conferencias en América (1975)*. Puebla: Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.
- Lacan, J. (2004). *La psicosis (1955)*, Seminario. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (2004). *Las formaciones del inconsciente (1958)*, Seminario. Buenos Aires: Paidós.
- Lanteri-Laura G. (1994). Proceso y psicogénesis en la obra de J. Lacan. *Revista Littoral*, 16, Córdoba: Edelp.
- Lefebvre, H. (1972). *Nietzsche por Henry Lefebvre. Breviarios*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Le Gaufey, G. (1990). Padre no ves que ardes. *Revista Littoral*, 9. Córdoba: La Torre Abolida.
- Léthier, R. (2003). Cuando murió el poeta. *Revista Littoral*, 33. México: Epeele.
- Léthier, R. (2003). Cuerpo-laboratorio. *Revista de psicoanálisis Me cayó el veinte*, 8. México: Epele.
- Lyotard, J. F. (2000). *La condición postmoderna*. Madrid: Cátedra.
- Maître, J. (1995). Historias de síntomas, historias del alma. *Revista Littoral*, 20. Córdoba: Edelp.
- Marín, G. (1938). *La Única*. México: Jalisco.
- Martínez, M. J. R. (2003). Una carta recobrada. *Revista de psicoanálisis me cayó el veinte*, 8. México: Me cayó el veinte.
- Melenotte, G. H. (1996). Cuando Freud vacila, Jung tiene pesadillas. *Revista Littoral*, 21. Córdoba: Edelp.
- Morrison, J. (2008). *DSM-IV Guía para el diagnóstico clínico*. México: Manual Moderno.
- Nietzsche, F. (2006). *Genealogía de la moral*. Madrid: Alianza Editorial.
- Nietzsche, F. (1999). *Aurora, Meditación sobre los prejuicios morales*. Madrid: Alba.
- Panabiére, L. (1983). *Itinerario de una disidencia. Jorge Cuesta (1903-1942)*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Pinel, Philippe. (1804). *Tratado médico– filosófico de la enajenación del alma o manía*. Madrid: Imprenta Real.
- Platón. (2001). *El banquete*. Madrid: Alianza Editorial.
- Porge, E. (1993). Presentar un cuadro de persecución. *Revista Littoral*, 15. Córdoba: Edelp.
- Porge, E. (1999). Abordaje de la alucinación. *Revista Espectros del psicoanálisis*, 3.

México: Candiani.

Pérez, R. (2003). Prólogo. *Revista Psiquis*, 2. México: Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

Ristich de G. M. (1973). *La locura a través de los siglos*. Barcelona: Brugurera.

Rodríguez, L. G. (2003). La reforma de la moral sexual. *Revista de psicoanálisis me cayó el veinte*, 8. México: Me cayó el veinte.

Sédat, J. (1995). Dos textos de Marc-Françoise Lacan. *Revista Littoral*, 20. Córdoba: Edelp.

Sériux, P. y Capgras, J. (2002). *Las locuras razonantes*. México: Anace.

Tamayo, L. (2000). *Desviación del discurso libertino*. México: La tinta en el diván.

Tamayo, L. (2001). *Del síntoma al acto*. Querétaro: Universidad Autónoma de Querétaro.

Tamayo, L. (2004). *El disciplado en la formación del psicoanalista*. Cuernavaca: Sello de agua/ICM.

Tamayo, L. (2010). *Sobre el tratamiento analítico de la locura*, (en prensa).

Valenciano, G. L. (1977). *El doctor Lafora y su época*. Madrid: Morata.

Wittgenstein, L. (1997). *Comentarios sobre la rama dorada*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.