

La normalización de las emociones: una normatividad de la salud mental

Esta ponencia ofrece un avance de la investigación titulada “El lugar de las emociones en las categorías diagnósticas de la psiquiatría y su interrelación con la construcción de la salud mental en México entre 1900-1950” financiada por la Dirección General de Asuntos del Personal Académico (DGAPA) de la Universidad Nacional Autónoma de México, en el marco del Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica, Registro IN304012.

GT 26- Sociología del cuerpo y de las emociones

Mtra. Ximena A. González Grandón

Resumen:

Desde el siglo XIX, se desarrollaron interrogantes con respecto al fenómeno contextual e histórico que está implicado en la taxonomía de lo normal y patológico. En cuanto a las enfermedades mentales, patologías en las cuales las señales corporales suelen no estar presentes, y los signos y síntomas con los que se construye un síndrome son mayormente subjetivos, se provoca una carencia de datos objetivos y se lleva a un problema epistémico. La vinculación con la emocionalidad, es una instancia considerada históricamente nociva y que presenta una correspondencia directa con la categoría de lo patológico. En esta ponencia, se pretende explicar el rol que juega la normatividad social en cuanto a la expresión de la emoción, en particular en los diagnósticos médicos de enfermedades mentales.

Palabras clave: Emocionalidad, enfermedad mental, normatividad

Introducción

Se debe iniciar subrayando que la sistematización y las taxonomías emergen de los consensos culturales e históricos, por lo que se considera como marco contextual de esta investigación, las evidencias históricas del siglo XIX en el primer hospital psiquiátrico de la Ciudad de México. Operacionalmente, el carácter emocional de las patologías mentales está evidenciado por las expresiones faciales y las gestualidades corporales descritas en historias clínicas, textos médicos y correlaciones con las taxonomías legítimas de ese periodo histórico particular. Asimismo, de manera más sintética, se interpretan algunos textos clásicos de la literatura de la época para complementar la construcción intracultural de los significados colectivos en cuanto a las emociones, su expresión y su vinculación con la patología. Se plantea que la normatividad social resalta como elementos explicativos, (1) los constreñimientos culturales, gestuales, lingüísticos de esa sociedad en particular en la que la dicotomía razón/emoción y su *biopoder* en la medicina mental comienzan a tomar una forma institucional, (2) la interacción de estos constreñimientos sociales con las especificidades biológicas y emocionales humanas que proporcionan las unidades explicativas de la realidad científica-médica, y (3) la corroboración terapéutica de corrección de criterios emocionales para alcanzar la salud mental. Se defiende que las metodologías cuantitativas provenientes del modelo médico hegemónico de ese periodo histórico particular, basados en categorías diagnósticas estadísticas provenientes de otros contextos geográficos con otras normatividades biológicas y sociales, presenta fallos importantes al equiparar la salud mental con la salud emocional y con los significados culturales como es el caso de las construcciones patológicas basadas en el género del enfermo mental. Se proponen modelos alternativos que históricamente fueron apareciendo en el contexto médico del siglo XIX en la Ciudad

de México, en los cuales la investigación cualitativa, incluyendo la emocionalidad y la experiencia fenomenológica humana, establecen criterios subjetivos del agente que padece que a pesar de que no fueron legitimados en ese momento histórico, llegaron a plantear una mayor coherencia para el diagnóstico y tratamiento de ciertas enfermedades mentales, al evitar dicotomías y algunos juicios sociales culturales. Además, éstos podrían plantear nuevas rutas para la medicina psiquiátrica contemporánea.

1) La enfermedad mental y su ontología histórica.

La psiquiatría, como la rama de la medicina que trata con la enfermedad mental, tiene una corta historia. Es apenas a finales del siglo XVIII, que personajes como Jean Baptiste Pussin (1746-1811) comenzó por promover el tratamiento moral a los locos para estabilizarlos en Bicêtre, o que Philippe Pinel (1745-1826) quitara las cadenas a los alienados mentales. La enfermedad mental, antes conceptualizada como vesanías, se vuelve el campo de la psiquiatría hasta 1808 que Johann Christian Reil (1759-1813) acuña el término. Y es en este contexto histórico que comienzan las primeras sistematizaciones con una cierta rigurosidad metodológica, en cuanto a las clasificaciones de la enfermedad mental. Pinel, es considerado el primero, con su *Nosographie philosophique* (1798) que después complementa en su *Traité Médico-Philosophique sur l'aliénation mentale* (1801). Y es desde sus inicios que la ontología de la enfermedad mental proviene de síntomas que son narrados y acciones humanas que son observadas (variaciones cuantitativas o cualitativas en el discurso o en la acción humana). No obstante, la observación clínica de un sujeto, nunca es una actividad neutral. Al clasificar o al nombrar se está clasificando sobre el marco de referencia del contexto semántico que tiene el médico, el paciente o el familiar que acompaña, todos fungiendo como hermeneutas, por lo que cada taxón, ya sea científico o coloquial, no es neutral sino que está cargado de teoría y surge dentro un contexto histórico particular.

Cómo hizo ver Cangilhem o Foucault, las clasificaciones son parte de las formas en las que se entiende el mundo en periodos históricos y espacios geográficos particulares. No es lo mismo la cosmovisión de los nahuas prehispánicos del altiplano central al pensar en desequilibrios mentales relacionados con el corazón, que la episteme¹ de Kraepelin en Munich cuando proponía que las enfermedades psiquiátricas se causan por desórdenes biológicos y genéticos. Sin embargo, esto no implica una postura relativista en la cual tanto los síntomas como los enfermedades son solamente constructos culturales.

En esta ponencia se defiende una conceptualización de la enfermedad mental en la que las particularidades biológicas y los constreñimientos culturales interactúan constantemente en el diálogo que desemboca en la categoría de la enfermedad mental de un sujeto. Se pretende identificar algunas de las circunstancias históricas que repercuten en las clasificaciones científicas y en las nomenclaturas de legos. El loco, el alienado o el innombrable, también representan parte de las metáforas conceptuales con las que los pobladores legos de contextos particulares asignan roles y descripciones a las minorías. Desde sus inicios, podemos agrupar las formas de clasificación de enfermedades mentales en tres rutas, la primera la descriptiva o fenomenológica en la cual el énfasis es puesto en la cualidad o forma de los síntomas (cómo es que el sujeto experimenta el delirio o las voces y visiones de la alucinación). La segunda, la experimental o cuantitativa que intenta delimitar y medir el fenómeno a través de datos duros (analizar las alucinaciones a través de medidas psicofísicas o actualmente escaneando con PET).

¹ Episteme: sistemas ideológicos o idiosincrásicos contenidos dentro de temporalidades acotadas. Dicho de otra manera, son marcos conceptuales que se comparten entre individuos de un mismo periodo histórico. Los eventos o los fenómenos tienen un significado, un valor y una normatividad dentro de un periodo histórico particular, por lo que se pone hincapié en evitar los anacronismos o la denominación de progreso epistémico cuando se están comparando continuidades o discontinuidades históricas. (Foucault,1966)

Y la tercera es la psicodinámica que se enfoca en la semántica de los contenidos e implica la carga teórica desarrollada por personajes como Janet, Freud, o Lacan.

Uno de los objetivos de esta ponencia es subrayar el hecho de que al nombrar se tiene un poder causal. Si existen signos mensurables se fortalece la relación causal, sin embargo eso no es tan frecuente en la semiología mental. Ya que en las enfermedades mentales no hay estándares de oro, la etiología es clínica y principalmente discursiva, por lo que terminan siendo principalmente constructos clínicos. De alguna manera se puede afirmar que la nosología de las enfermedades mentales se construye a partir del registro histórico, desde las narraciones de los pacientes y de sus familiares.

La historia de la sistematización de los síntomas mentales proviene de 4 perspectivas complementarias (a) la psicopatología descriptiva o la semiología psiquiátrica: que se refiere lenguaje de descripción que tiene como antecedente directo la teoría de signos de la medicina general siglo XVIII y XIX, y que trata de describir las huellas de la enfermedad en los cuerpos, actitudes o discursos que se presentan en la mayoría de los individuos que padecen. (b) La teoría etiológica: que busca las causas subyacentes, y que es la parte que ha tenido una mayor influencia en los cambios de paradigma de los procesos de salud-enfermedad, se han considerado desde causas morales, emocionales hasta causas microbiológicas. (c) La patogénesis: que son los mecanismos morbosos que irrumpen la estructura del cerebro o la función de éste y que a la larga es lo que genera síntomas. (d) Y la taxonomía como tal, que son las reglas que conjuntan y gobiernan el agrupamiento de síntomas, que emergen de metáforas de orden y principios clasificatorios que se desarrollaron durante la Ilustración. Son las etiquetas que históricamente se han desarrollado en cuanto a promedios de las mayorías. Las taxonomías, son sistemas clasificatorios que se diseñan con el propósito de capturar aspectos del comportamiento anormal, por medio de la aplicación de palabras, conceptos o metáforas que actúan para acotar segmentos de discursos, de gestualidades, de planes motores o de movimientos corporales característicos de una u otra patología. Para lograr este propósito se vuelve necesaria la tecnificación de un lenguaje, es decir un léxico característico bajo los cuales se construyen síntomas y referentes. La delimitación o la etiqueta, la función nombradora suele implicar la fractura del comportamiento que es presentada por los enfermos mentales. Uno de los problemas fundamentales de estas generalizaciones, es que en toda población existen variabilidades biológicas que escapan de esos promedios, y que pueden llegar a sobre o infradiagnosticarse por el afán taxonomizador de la medicina desde la Ilustración (Ilich, 1975).

La ausencia de una semiología psiquiátrica con claros elementos verificables es evidente antes de la segunda década del siglo XIX, según Berrios (1996), tardó cien años en desarrollarse, justo antes de la segunda Guerra mundial y considera que ha tenido una cierta continuidad con el desarrollo de modelos estadísticos y biomédicos.

Entonces, ¿cuáles eran las teorías asequibles para sostener descripciones estables? ¿cómo introducir la subjetividad de una sintomatología al imperante desarrollo de la cuantificación verificable?

En un comienzo, se trabajó con síntomas pensadas como unidades separadas de análisis, y se asumía que el mismo síntoma podía ser visto en diferentes formas de locura. Quizás los países que desarrollaron un mayor número de autores interesados en la nomenclatura de la enfermedad mental, provienen de Francia y Alemania. Durante todo el siglo XIX se escribieron muchos libros acerca de la insania mental, sin embargo debe decir que existe una gran diferencia entre las ontologías, epistemologías, síntomas elementales y viñetas clínicas, entre autores como Pargeter, Crichton o Pinel, en contraste con Esquirol, Prichard o Morel.

Podemos afirmar que las taxonomías eran el resultado de observaciones clínicas y normalizaciones teóricas influidas por la repetición de síntomas y signos, pero también de presiones institucionales, culturales y sociales. Existieron exageraciones para categorías mórbidas y otras se escaparon del ojo clínico.

Sin embargo, se debe recalcar que los médicos dedicados a los alienados mentales de finales del XIX y principios del XX, trabajaron principalmente con observaciones longitudinales sobre pacientes institucionalizados, muchos de los cuales ni siquiera tenían diagnósticos previos sino que eran traídos por sus familiares al ser considerados nongratos en sus respectivas sociedades, o por elementos de la seguridad pública al encontrarse abandonados. Ya veremos en el siguiente apartado, como esto era muy común en los nosocomios mexicanos de principios de siglo XX.

2) La consideración de las emociones en la epistemología mental

Para inicios del siglo XIX, los síntomas emocionales más que siendo reconocidos como independientes, comenzaron a incluirse dentro de varias categorías médicas, por ejemplo Pinel incluyó los síntomas de ansiedad en la epilepsia, la melancolía, y las rabias espontáneas. Incluso, el término ‘nerviosismo’ y otros acompañamientos somáticos, comenzaron a utilizarse para acompañar los aspectos subjetivos de los estados ansiosos (Berrios, 1996)

El caso de la ansiedad en las nomenclaturas de la enfermedad mental, tenía una doble naturaleza, por un lado se consideraba un síntoma plenamente subjetivo en la cual la experiencia solo era subjetiva e incluía miedo, preocupación o sensación de terror. Lo que también incluía actos cognitivos mentales como pensamientos obsesivos, el miedo a morir o las fobias. Pero también existían datos objetivos, llamados también somáticos que se referían a cambios cuantificables en el sistema corporal como dolor abdominal, náusea, vértigo, fatiga, palpitaciones, boca seca, hiperventilación o dificultad respiratoria. Es interesante que en este tipo de aseveraciones encontramos la visión tradicional de la emoción que imperaba en ese momento histórico (y que sigue considerándose hegemónica en muchos campos del conocimiento en la actualidad), que considera a las emociones como una capacidad para evaluar y entender el significado de una situación, privilegiada de la mente, entendidas como procesos intelectuales abstractos e internos, en los cuales el cuerpo solamente respondía a estas evaluaciones cognitivas. Entonces, en esta visión estandar la función del cuerpo era únicamente la de transmitir información acerca del estado del cuerpo en ambientes particulares, a la mente cognitiva evaluadora y que ésta posteriormente mandaba a ejecutar las acciones motoras. Con lo que el papel del cuerpo resultaba completamente pasivo, una entidad que esperaba las órdenes de esta mente todopoderosa que previamente había seleccionado y elaborado la información sensorial que consideraba pertinente. Esta tradición de origen platónico, se continua con Descartes en su libro *The passions of the soul* (1649/1988). En su propuesta el entendimiento humano se deriva de tener una mente con representaciones internas detalladas y completas del mundo exterior. Y aunque Descartes reconocía que la emoción involucraba una unidad entre la mente y el cuerpo, al mencionar algunos cambios corporales que acompañan la emoción, enfatiza que el cuerpo funciona únicamente como un informante del estado corporal a la mente. Por lo que el cuerpo no era más que un producto contingente, ya que las emociones eran juicios intelectuales que pertenecían al dominio cognitivo-mental.

Es interesante notar que la inclusión de las emociones en los diagnósticos de la segunda mitad del siglo XIX, también abogaba por superar la dicotomía cuerpo-mente y buscar las relaciones entre éstas, ya que algunos médicos comenzaron a desarrollar los conceptos de psicopatización que no habían sido considerados previamente.

Existen instancias características de esta utilización en cuanto a la categorización de la enfermedad mental. En 1866, Benedict Morel (1809-1873) sugirió que los cambios patológicos o la denominada neurosis del sistema nervioso autónomo ganglionar daba origen a síntomas denominados “delirios emocionales”.

Ernst Feuchtersleben (1806-1849) escribió que la ansiedad intensa que puede llevar a afecciones orgánicas del corazón y de los grandes vasos, así como desórdenes de la digestión. James C.

Prichard (1786- 1848) describió que emociones tales como la ansiedad, la preocupación, la ira o los disturbios mentales, eran de las causas más importantes de insania. Él escribió a lo largo de las mismas líneas: John C. Bucknill (1817-1897) and Daniel H. Tuke (1827-1895) en su *Manual of Psychological Medicine*, fueron todavía más lejos y consideraron a las emociones sociales causas de la enfermedad mental en la civilización moderna, creían que la aprensión y la ansiedad provocadas por sueldos reducidos podían provocar la enfermedad mental. Se empezaba a incluir en la cadena causal de la enfermedad a las emociones como generadoras de un daño fisiológico posterior: traumas psicológicos que causaban daños cerebrales.

Otro ejemplo muy relevante fue Charles Fere (1852-1907), quien publicó en 1892 la *Pathologie des Emotions* en la cual proponía una aproximación experimental al estudio de las emociones y de sus patologías. Conceptualizó la “emotividad mórbida” como caracterizada por las reacciones mal adaptadas a los intereses del individuo y que se presentaba en dos formas, de manera difusa o permanente con un carácter patológico o inducida por condiciones espaciales para el individuo en particular. Algunos ejemplos que daba eran las fobias, la ansiedad generalizada y la emotividad mórbida como constitucional a algunos individuos.

Berrios (1996) propone que para inicios del siglo XX, el desarrollo precario de la psiquiatría había desarrollado cuatro visiones para explicar la causalidad de la enfermedad mental en cuanto a las emociones: (1) la genética, explicada por la teoría de la degeneración; (2) la constitucional, que tenía que ver con las características de la personalidad de las personas; (3) la caótica, de acuerdo a la cual el daño de una función mental resultaba de la falla total del cerebro. Y la (4) jerárquica o etiológica, de acuerdo a la cual los síntomas mentales resultaban de la activación de las funciones bajas, como las emocionales o las viscerales, o de explicaciones funcionales no dependientes del modelo anatomoclínico.

De alguna manera, el hecho de poner un mayor énfasis en las emociones como características subjetivas del agente humano, se creaba un debate con el modelo organicista o el anatomoclínico que eran cada vez más hegemónicos en el campo de la medicina en general. Poco a poco se fue considerando que ese campo debía acotarse únicamente al psicoanálisis y que se debía rescatar a la psiquiatría de teorías que no era posible falsear al modo popperiano.

La preferencia histórica por los aspectos racionales del ser humano, han dejado a las emociones con un desarrollo menor en la historia del proceso salud-enfermedad del mundo occidental. La semiología de la afectividad se han considerado estados cuyos componentes experienciales y comportamentales son difíciles de definir: sentimientos, afectos, modos o pasiones. Sin embargo, los ejemplos de médicos que hemos mencionado, así como psicólogos como Franz Brentano (1838-1917), los hipnotistas y los trabajos de Janet y Freud, tomaron como centrales estos elementos de la vida humana.

Solo para finalizar esta parte de la ponencia se debe mencionar el trabajo de Freud en cuanto a la importancia que otorgo a la vida emocional de los sujetos para el desarrollo de enfermedades mentales. Él propuso que la enfermedad mental podía resultar de la culpa o de la vergüenza. Sus descubrimientos implicaban que las emociones y por tanto, la vida social de los seres humanos eran lo suficientemente centrales para invadir la razón y perjudicarla. Él consideró con suficiente valor científico al estudio de las emociones para poder entender a la enfermedad. Freud describe sus descubrimientos en dos niveles: teórico y clínico. En el nivel clínico, en lenguaje descriptivo, él implicó a las emociones como rabia, terror, vergüenza, culpa o deseos sexuales, en la formación de los síntomas neuróticos. (Lewis, 1981)

3) La enfermedad mental en el contexto cultural mexicano. (Novela popular)

Los apartados anteriores nos ayudan a ir contruyendo el modelo explicativo con el que estamos trabajando. Esas taxonomías y formas diagnósticas influyeron de manera importante la medicina mexicana y la profesionalización de la psiquiatría en el contexto mexicano, sin embargo las ontologías y epistemologías científicas no dan todo el panorama. El contexto es igual de determinante cuando se trata de dar existencia a la enfermedad mental.

La psiquiatría en México, como el campo disciplinario que se dedica a la atención a las enfermedades mentales, evitando caer en anacronismos se puede decir que tiene sus raíces desde la época prehispánica que se catalogaba y trataba como una enfermedad del corazón (Viesca, 1997). Desde inicios de la colonia, se consideró la necesidad de encerrar a los alienados, la Nueva España se adelantó a otros partes en América al fundar en la capital el Hospital San Hipólito de convalecientes y desamparados en 1566, para varones, que funcionó por mas de 350 años. En 1698, el Hospital del Divino Salvador, para mujeres que funcionó por más 200 años, ambos funcionaban como asilos más que como hospitales, al tomar bajo su cuidado a los enfermos mentales que deambulaban por las calles o que habían estado alojados en cárceles.

Ambas instituciones, no contaban con una verdadera profesionalización médica ni mucho menos psiquiátrica, el promotor y fundador de San Hipólito, Bernardino Álvarez, fue un soldado español que llegó a Nueva España en 1534 con el ánimo de probar fortuna. La vida lo llevó a convertirse en enfermero en el Hospital del Marqués del Valle en la ciudad de México donde advirtió la falta de abastecimiento de espacio, razón por la que muchos enfermos tenían que abandonar el hospital, sin encontrarse reestablecidos para dejar su lugar a otros. Por lo que decide fundar una institución para recibir a los que él consideró los más desprotegidos: los convalecientes, los ancianos y los locos, con el apoyo del Ayuntamiento y del Arzobispado. A los locos, los describía como “piedras vivas”, ya que había que darles sustento al ser incapaces de bastarse a sí mismos. (Díaz Arce, 1651)

El Hospital del Divino Salvador, tampoco fue producto de una medicalización de los espacios, fue creado por un un carpintero de nombre José quien comenzó el asilo al acoger en su propia casa a una prima de su esposa que era socialmente catalogada como demente. Este hecho lo motivo a recoger a muchas mujeres, aparentemente locas, que encontró deambulando por las calles. Cuando la infraestructura de su casa ya no le permitió seguir albergando a más, buscó el patrocinio del arzobispo de México y construyo un hospital, que quedó a cargo de la Congregación del Divino Salvador fundada por los jesuitas. (Ramírez Moreno, 1934)

El Manicomio General La Castañeda fue inaugurado el 1ro de septiembre de 1910 por el presidente Porfirio Díaz que entregaba a su hambriento pueblo una institución pública. A diferencia de otros hospicios, éste se planteaba como mixto, por lo que inicia con 429 mujeres remitidas de Hospital del Divino Salvador y 350 varones provenientes del Hospital para Dementes de San Hipólito. Ríos Molina (2007) nos narra que la mayoría de los internos fueron diagnosticados como “epilépticos”, es decir, sujetos que quizás snunca habían tenido una convulsion y que en cualquier momento podían cometer un crimen o atentar contra la moral, los cuales fallecieron aproximadamente 8 años despues de haber sido internados. Por lo tanto, y bajo la lógica de la teoría del degeneracionismo² que era una de las que mayor peso social cobraron, las familias preferían dejar encerrados a sus locos o a sus familiares incómodos, ya que de no hacerlo implicaba la carga del estigma de la locura y de la posible criminalidad. Entonces además de una formula política era un espacio de exclusion social decidido y

² La teoría degeneracionista fue planteada por el médico frances August-Bendict Morel (1809-1973), que argumentaba que la raza humana se degeneraba debido a hábitos o actividades nocivos al organismo, como el alcoholismo o la inmoralidad, que además serían heredados a los hijos. Estos ultimo tenderían a la epilepsia, la locura o la delincuencia por su “amoralidad”. De manera que se hacía imperativo cuidar y aislar a los “enfermos” para que no contaminasen a la al resto de la sociedad. (Huertas, 1987)

llevado a cabo por la familia: “[...] resultó ser un lugar donde un gran número de familias dejó una pesada carga que arrastró por años y de la que no volvió a ocuparse. El basurero humano en que fue convertido cumplió su misión: aislar, guardar y desaparecer aquello que además de desagradable resultaba inútil” (Chavez García, 1997:123).

La Castañeda no era vista por la sociedad como un lugar de tratamiento y curación, sino como un espacio para castigar y corregir a aquellos cuyas conductas salían de los parámetros de lo que era considerado normal en ese contexto. La castañeda creó una nueva taxonomía del anormal mental: la que merece el encierro.

Chávez García (1997) desde su investigación en los expedientes clínicos de la Castañeda describe: “Según la intención con la que fue creado, el Manicomio General cumplió con su función de mecanismo político y de control, recluyendo a todo aquel que se considerara fuera de la normalidad. [...] Escondió y guardó tras sus muros a todo aquel que no estuvo acorde con los modelos establecidos de acuerdo a la época” (1997:123).

Por su parte, tras un análisis del espacio del mismo manicomio, con una fuerte intención foucaultina respecto a los espacios disciplinarios, Valdés Fernández (1995) ha sostenido que: “El programa hospitalario del Manicomio General reproducía las estructuras de poder del Porfiriato y de la medicina. El Gobierno, usando una arquitectura como instrumento, controlaba a una parte de la población marginal, y a la medicina, el encierro de la locura le permitió apoderarse de ella a través de su clasificación y de su estudio” (1995:124-125).

Por otro lado, investigadoras como Cristina Sacristan (2005), proponen que La Castañeda promovió la profesionalización de la psiquiatría mexicana mediante la creación de un lugar geográfico de reunión de médicos en lo que había una cierta enseñanza e investigación, y por la capacidad de albergar comunidades epistémicas que se transformaron en sociedades científicas al dotar de legitimidad a un nuevo campo médico. Otros factores que influyeron en la profesionalización de esta disciplina fue el avance del conocimiento psiquiátrico sobre todo en materia de tratamientos que eran dados en la Castañeda: terapéuticas de choque, terapia ocupacional y farmacológica, así como formas de la asistencia psiquiátrica individualizadas, y la promoción del hospital como parte de una modernidad que trajo consigo a las influencias extranjeras y la presencia en México de personalidades notables como Emil Kraepelin, Pierre Janet, José Ingenieros, Eric Fromm y los exiliados españoles (Dionisio Nieto, Gonzalo R. Lafora, Sixto Obrador, Federico Pascual del Roncal, Wenceslao López Albo), revela una concepción de la profesionalización de la psiquiatría desde su marco institucional. (Sacristan, 2005)

El contexto sociohistórico en el cual se funda este establecimiento psiquiátrico, responde a periodos de gran relevancia en la historia de México. Coincidió que así como la locura fue encerrada en un nuevo espacio con visos modernistas en cuanto al tratamiento de los enfermos mentales, al mismo tiempo estallaba la revolución mexicana y otros locos, pero de una calidad distinta que no es ni patológica (en sus taxones legitimados), buscaban una pequeña reducción en la brecha de la desigualdad social. Juárez había creado una república y una cierta soberanía, y Porfirio Díaz con sus afrancesados modos hacía valer su sueño versallesco. La nación crecía de manera desmesurada, Díaz se regordeaba en el exilio de modernizar México, mientras que al centro del país, Emiliano Zapata levantaba las armas y pedía tierras para los que la trabajan y al norte, Doroteo Arango ganaba batallas a los gringos y colonizaba la frontera.

Otro elemento que es de utilidad en esta historia cultural de la locura y las emociones en México, proviene de las historias que se narraban y las que se escribían, ya que aunque el grueso de la población carecía de una alfabetización académica³, la tradición oral seguía teniendo un papel importante en las conversaciones de la población. Durante el siglo XIX y las primeras décadas del XX

³ En 1895, la proporción absoluta de iletrados era de ocho millones y medio; en 1900, de siete millones y medio; en 2010, de seis millones. A finales del siglo XIX, representaban 80 por ciento de la población total. (Casanova, 2012)

surge una corriente literaria que se ha denominado “Novela popular” una forma de cultura de masas que no se apegaba a los criterios literarios ni estéticos de esa época, pero que caracterizó las narrativas sociales que se dirigían a los diferentes estratos sociales y que contenían historias cotidianas. Sirvió de vehículo de ideas políticas, conservadoras, morales y emocionales. Como las novelas por entrega: *El Periquillo Sarmiento* de Joaquín Fernández de Lizardi o el *Fistol del Diablo* de Manuel Payno, que muestran los estereotipos de los justicieros y los valores sociales y religiosos que componían la ética de ese tiempo. Otras novelas que dan muchos visos acerca de la vida social en el México de esa época, con las que podemos iniciar un estudio intracultural de esa sociedad que colaboraba para el diagnóstico de la enfermedad mental son: *El cerro de las campanas* y la *Majestad caída* de Juan A. Mateos; *Calvario y Tabor*, *Monja y casada*, *Virgen y martir* y *Martín Garatuza* de Vicente Riva Palacio; *Tomochic* de Heriberto Frías o *Astucia* de Luis G Inclán. No se está apelando a que la novela popular es un dato duro y objetivo de la sociedad de ese tiempo, pero sí una herramienta que puede ayudarnos a entender mejor los principios morales e inmorales que tenían un peso en el catálogo de los locos.

Así, el México en tiempos de La Casteñeda el acceso a la salud se encontraba bastante restringido. El manicomio era un sitio donde se diagnosticaba la enfermedad mental, algunas veces con la base científica proveniente de la medicalización y sistematización del positivismo mexicano, y otras por la estigmatización social producto de las emociones, de la moralidad o inmoralidad que acarrearán los comportamientos de los alienados. En los casos médicos que nos conciernen las entre los padecimientos más frecuentes que se encuentran entre las mexicanas y mexicanos de la Ciudad de México en la primera mitad del siglo XX, están el alcoholismo, la epilepsia, la melancolía ansiosa, la manía crónica, la locura hostérica, la parafrenia, la neurastenia, la idiocia, la euforia, el delirio crónico secularizado, la erotomanía crónica o la locura moral, entre otros. Los médicos e internos eran parte de una institución de beneficencia pública dedicada a la atención de hombres, mujeres y niños diagnosticados como enfermos mentales, localizada en la periferia de una ciudad y en medio de una desdibujada frontera del conocimiento científico y lego. Allí, en el interior de ese espacio disciplinario, los psiquiatras, los internos y sus familias una taxonomía de la locura que está en la intersección dialógica entre la sistematización heredada del siglo XIX en Francia y Alemania y los costreñimientos emocionales y morales de una sociedad.

Apuntes finales

En el Archivo Histórico de la Secretaría de Salud se conservan los expedientes de 61,480 pacientes que pasaron por La Castaneda. Allí encontramos este diálogo en la ontología de lo que es normal y de lo que es patológico: historias clínicas con los formatos legítimos de esa época que van cambiando por las valoraciones que hace el médico, el familiar o el interno, la descripción de síntomas en la cual interactúan rasgos emocionales, físicos, fantasiosos y los referentes simbólicos usados por esa sociedad para definir la locura; también está la historia de vida de vicios y de inmoralidad que narran los internos o que narran sus familiares, historias llenas de emocionalidad que fueron parte crucial para establecer diagnósticos y encierros. También se guardan las cartas que escribían algunos internos dedicadas al presidente de la república, al jefe del hospital o a ese amor que nunca regresó a recogerlas. Hay poesías, pequeños cuentos y dibujos llenos de emocionalidad que quizás en algún momento histórico distinto donde la demarcación de lo normal y lo patológico no fuese tan tajante, hubieran sido afamados escritores.

Consideramos que es a través de un estudio contextual y cultural de la ontología de la enfermedad mental podemos observar como la taxonomía entre sujetos normales y sujetos locos proviene de un diálogo entre los constreñimientos culturales, sociales, emocionales y morales de una sociedad particular, con los conocimientos legitimados y validados por la ciencia de un determinado contexto histórico. La locura y la normalidad tienen una importante dimensión subjetiva, las

narraciones emocionales de los enfermos mentales son construcciones propias de cada momento histórico. Por estas razones, se muestran como herramientas de gran interés para entender esa difícil ontología que encierra a lo normal y lo patológico.

Referencias bibliográficas.

- Berrios, G. (1996) *The history of mental symptoms Descriptive psychopathology since the nineteenth century*. Cambridge: Cambridge University Press
- Casanova, H. (2012) México, con mayor número de analfabetas que hace poco más de 10 años Boletín. UNAM-DGCS-550 *Ciudad Universitaria 7 de septiembre de 2012*. México:UNAM
- Díaz De Arce, J. (1651) *Libro de la vida del próximo evangélico exemplificado en la vida del venerable Bernardino Álvarez*, México: Imprenta de Juan Ruiz.
- Chavez García, P. R. (1997) *Análisis de expedientes clínicos del Manicomio General La Castañeda de 1910 a 1920*, México, tesis de licenciatura en psicología, México: UNAM
- Foucault, M. (1966) *Les Mots et les choses: Une archéologie des sciences humaines*, Paris: Gallimard
- Huertas, R (1987) *Locura y degeneración. Psiquiatría y sociedad en el positivismo francés*. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas.
- Illich, I. [1975] (2006) *Némésis Médica, Obras reunidas*, vol. I, México: Fondo de Cultura Económica
- Lewis, H.B. (1981) *The emotional basis of mental illness: Freud and modern psychology*; v. 1 y 2) New York: Plenum Press
- Ríos Molina, A. (2007) *La locura durante la Revolución Mexicana. Los primeros años del Manicomio La Castañeda, 1910-1920*. México: El Colegio de México.
- Ramírez Moreno, S. (1934) Datos históricos sobre los manicomios y la psiquiatría en México, *Revista Mexicana de Psiquiatría, Neurología y Medicina Legal* 1:7-19.
- Pérez Rincón, H. (1995), *Breve historia de la psiquiatría en México*, México: Instituto Mexicano de Psiquiatría.
- Sacristan, C (2005) “Por el bien de la economía nacional. Trabajo terapéutico y asistencia pública en el Manicomio de La Castaneda de la Ciudad de México, 1929-1932”, *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 12 (3): 675-692
- Valdés Fenández, M. (1995), *La salud mental en el Porfiriato. La construcción de La Castañeda*, México, tesis de licenciatura en historia, México: UNAM.
- Viesca, C. (1997) *Ticiotl I: Conceptos medicos de los antiguos mexicanos*. México: Facultad de Medicina, UNAM